فى
الصحة النفسية

الأستاذ الدكتور
فتحي مصطفي الشرقاوى
أستاذ علم النفس
كلية الآداب – جامعة عين شمس
قسم علم النفس

إهــــداء

إلى زميلتي ،،، إلى حبيبتي ،،، إلى خطيبتـى

إلى زوجتــي،،، إلـــى أم أبنائــــي

إلـــى هـــدى

فتحي الشرقاوي

مدينة نصر ٢٠٠٤.

الفصل الأول

الصحة النفسية .. المفهوم والخصائص

الفصل الأول

الصحة النفسية ... المفهوم والخصائص

ماذا تفعل إذا أنتابك الإحساس بأن الحياة لاقيمة لها؟ ماذا تفعل إذا داهمك الإحساس بالهم والحزن وافتقاد مشاعر السعادة؟ ماذا تفعل إذا شعرت بعجزك وعدم قدرتك علي مواجهة ظروف وأحداث الحياة الضاغطة؟ ماذا تفعل إذا شعرت بان الناس من حولك لايبادلونك مشاعر الدفء والمودة والحب ؟ ماذا تفعل إذا أحسست بأن طموحاتك وأهدافك أكبر بكثير من قدراتك الفعلية علي تحقيقها ؟ ماذا تفعل إزاء إحساسك بعدم قدرتك علي مواجهة الناس وعدم قدرتك علي التعبير أمامهم؟

إن هذه وغيرها الكثير قد تراودنا جميعاً بين الحين والآخر، بعض الناس يعايشونها أثناء الأزمات والمواقف الضاغطة فقط، علي حين أن هناك آخرين يعايشونها بصفة دائمة ومستمرة، البعض ينجح في اجتيازها بكفاءة واقتدار، والبعض الآخر قد ينتابه الفشل الزريع في اجتيازها أو حتى الإقلال من آثارها السلبية .. والبعض منا قد يفلح في الوقوف علي بعض الحلول التوفيقية لها .. ويبقي السؤال قائماً .. كيف يمكن للفرد منا أن يعرف ذاته .. ويتعرف علي قدراته وإمكاناته واستعدادتة .. وكيف يعرف الأفراد الذين يتفاعل معهم، يؤثر فيهم ويتأثر بهم .. كيف يمكنه حل مشكلاته بأقل جهد ممكن وبأقل قدر من الخسائر ... كيف يستطيع الفرد أن يتوافق بشكل جيد مع نفسه ومع

الآخرين .. وهل المعرفة بالأسس والقواعد النفسية كفيلاً بالتخلص من تلك المواقف بشكل إيجابي .. أم أن المعرفة وحدها لا تكفي .. وإذا كانت الإجابة "نعم" أن المعرفة وحدها لا تكفي .. فما هو المطلوب علي وجه الدقة لكي يستطيع الفرد أن يتوافق بشكل جيد وفعال إزاء مايقابله من مواقف وأحداث وأفراد ... أن كل هذه التساؤلات تصب في النهاية في سؤال رئيسي مؤداه .. ماهي الصحة النفسية .. وكيف نحققها .. وماهي معاييرها .. وأهم النظريات المفسرة لها .. وماهي الأساليب التي يمكن من خلالها تطبيق مانحصل عليه من معارف بخصوصها .. وماهي العقبات والعوائق التي تحول غالباً بين إمكانية إفادتنا من هذه المعارف بشكل تطبيقي إجرائي.

إذا أردنا أن نصف فرداً ما بأنه صحيح نفسياً فهذا يعني أننا أمام فرد متوافق مع نفسه "ذاته" وعلاقاته "بيئته" .. بشكل متكامل، فهو قادر علي تنفيذ وتفعيل مايرغب فيه من سلوك وأفكار وانفعالات، وفي نفس الوقت فإن هذا التفعيل يجد صداه الإيجابي ومشروعيه وجوده من خلال المحيطين به يؤيدون ما يقوم به .. ويباركون ما يفكر فيه .. يساندوه ويوازروه ، إن هذا التدعيم يجعل الفرد شاعرا بالسعادة وبقيمة ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلي أقصي حد ممكن ، ومن ثم يصبح قادرا علي مواجهة المواقف والأزمات الضاغطة بشكل أقرب إلي الإيجابية والتفعيل المؤثر .. كل ذلك يتم في إطار من المسايرة لقيم ومعايير الجماعة التي ارتضوها لأنفسهم، دون الشذوذ عليها أو محاولة التملص منها، حينئذ يصبح سلوكه عادياً لاشذوذ ولاغرابه فيه ، وتصبح أفكاره

واتجاهاته ومعتقداته وآراؤه مسايرة لما بداخله من إمكانات .. وفي نفس الوقت مسايرة للإطار العام للجماعة موضوع الانتماء هنا، نطلق علـــي هذا الفرد بإنه يتمتع بالسواء والصحة النفسية المطلوبة وقد يبادر البعض - وهو محق في ذلك - بأن ما سبق طرحه بشأن الصحة النفســية يعــد أمراً مثالياً يصعب تحقيقه كاملاً، ونحن بدورنا نتفق مع هـــذا الــرأي، فالنموذج المطلق للصحة النفسية لاوجود له، وبقدر الابتعاد أو التشــتت بلغه الإحصائيين عن هذا النموذج .. بقدر الابتعاد عن الصحة النفســية ومن ثم الدخول في إطار اللاســواء والشــذوذ والغرابــة والأمــراض العصابية والذهانية بأنواعها واضطرابات الشخصية .. الخ.

فالصحة النفسية وفقاً لما سبق مجموعة من المعايير والمحكــات التي ينبغي علينا الاقتراب منها تحقيقاً لاعلــي معــدلات ممكنــه مــن الاعتدالية والسواء مع النفس والجماعة في آن واحد ... فالصحة النفسـية حاله إيجابية تعني سلامه كل أو معظم مايصدر عن الفرد مــن أفكــار وأفعال وانفعالات، ليس من وجهة نظره فقط ولكن من خـــلال رؤيــة الآخرين الذين يتفاعلون معه ويدخلون معه في علاقات من التواصـــل والاتصال التفاعلي، لأن الاعتقاد بصحة الشئ علي المستوي الفـــردي فقط دون أن يصاحب ذلك تأييداً مماثلاً من الجماعة يعــد نوعــا مــن الاضطراب ، فالمختل عقلياً قد يسمع أصواتاً ويري أشخاصاً لاوجـــود لهم علي مستوي الآخرين "هلاوس سمعية وبصرية" .. ويعتقد جازمـــا في صحة إدراكاته ، الخاطئة من وجهة نظر المحيطين بـــه .. حينئـذ لانستطيع أن نطلق علي هذا السلوك بأنه يتسم بالصحة النفسية بـــالرغم

من الاعتقاد الذاتي بصحته .. لأنه اعتقاد خاطئ من وجهة نظرنا كأطراف خارجية .. قادرة علي الملاحظة والدحض والتفنيد والنقد والمراجعة والتحليل .. الخ.

فلكي يتمتع الفرد بالصحة النفسية عليه الأخذ بعين الاعتبار ضرورة توفر بعدين متكاملين .. لا غني لأحدهما عن الأخرى .. التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي معاً .. والتركيز علي أحد الأطراف علي مبعده من الطرف الآخر، سيجعل وبشكل تلقائي سلوك الفرد أقرب إلي الشذوذ منه إلي الاعتدالية والسواء .. هذا بالإضافة إلي أن الصحة النفسية حالة دائمة - نسبياً - فالفرد الذي ينتابه التوتر والقلق إزاء بعض المواقفية الضاغطة قد يختلف بدوره عن آخر يداهمه الاحساس بالتوتر والقلق حتي مع انتفاء الدلائل والمواقف الباعثة علي القلق والتوتر فالأول يتمتع بقدر معين من الصحة النفسية يفوق قرينة الذي يعايش أجواء القلق بصفه دائمة.

وينبغي الإشارة في هذا الصدد أيضاً علي أن الصحة النفسية كعلم ينتمي إلي علم النفس بوصفه أحد العلوم الإنسانية، ومن ثم يستمد مشروعيته العلمية والعلمية معاً من خلال التضافر المعرفي والمعلوماتي لكل فروع علم النفس بعامه وعلم الأمراض والعلاج النفسي وعلم النفس الاكلينيكي بخاصة .. بحيث نجد في كثير من الأحيان ذلك التداخل الواضح في المعلومات والنظريات والتكنيكات بين علم الصحة النفسية والكثير من فروع علم النفس الأخري .. وقد ترجع مشروعية ذلك التداخل لأن الصحة النفسية تركز علي أسلوب حياة الفرد

Quality of Life في سوائة ومرضه .. في إقدامه إلي الجماعــة وفــي إحجامه عنها .. في رضائه عن ذاته وتمرده عليها .. الأمر الذي يجعل هذا العلم "الصحة النفسية" لايقف عند حد الإفادة من التطورات الحادثــة في كل فروع علم النفس فقط، وإنماً قد يتعداها إلي الإفادة من كل العلوم الإنسانية الأخرى التي تنطلق من الإنسان في دراستها كعلوم الاجتمــاع والإعلام والدين والأسرة والثقافة والحضارة .. الخ .. أن هذا التداخــل وهذه الكثرة من مصادر المعرفة تجعل علم الصحة النفسية ينقسم بدروة إلي جزئيين رئيسيين .. أحدهما نظري يتضمن المعلومات والمعــارف النفسية .. والآخر تطبيقي إجرائي يتضمن تدريب الأفراد وتشــخيصهم وعلاجهم ومتابعتهم . ولكي تحقق الصحة النفسية الأهــداف المرجــوه منا .. لابد من التحقق الإيجابي لهذين الجانبين معاً ، "الجانب المعرفي " " الجانب التطبيقي " .. والجانب النظري يتضمن موضوعــات مثــل السواء واللاسواء والمعايير الخاصة بكل منهما .. والتوافــق بأنواعــه (الذاتي / الاجتماعي) ... والاضطرابات النفسية بأنواعها .. والمنــاهج الخاصــة بدراسة موضوعات الصحة النفسية " المنــهج الإنمــائي/ المنهــج الوقائي / المنــهج العلاجــي " .. والخصــائص المميزة للشخصية المتمتعة ــ بالصحة النفسية (علي مستوي الفــرد، الاســرة، المجتمع " الأساليــب والأدوات المستخدمة في تحديد درجات الصحــة النفسية) .. أمــا الجانب التطبيقي فيتضمن بدوره أهم البرامج التدريبيه والعلاجات النفسية " الفردية / الجماعية " وكيفية التدريب عليها وتنفيذها ومتابعتها.

أ.د فتحي الشرقاوي

ومتابعتها الصحة النفسية بين السواء .. واللاسواء.

كثيراً مانجد أنفسنا في حيرة من أمرنا بخصوص الحكم علي سلوك ما .. من حيث وقوعه في دائرة السواء أو اللاسواء .. وقد يروي البعض من غير المتخصصين في مجال علم النفس أنه من السهل تصنيف السلوك الصادر من الفرد وفقاً لطبيعته النوعية ومن ثم إدراجه في أي من التصنيفين السابقين ، ونحن بدورنا لانستطيع قبول مثل هذه الافتراض إلا في ظل توفر المحكات والتصنيفات المرتبطة به، وذلك ببساطه لأن الحكم علي السلوك ليس بالأمر اليسير خاصة في ظل الأهواء والميول الذاتية للأفراد، والانحرافات والتشوهات الإدراكيه وكم وكيف مالدي الأفراد من أطر معرفية ومعلوماتيه، فضلاً عن اختلاف القيم والمعتقدات والأطر الثقافية والحضارية والدينية .. لكل ماسبق لانستطيع الحكم علي سلوك ما بأنه سوي أو غير ذلك إلا بعرض المعيار الذي تم الاستناد إليه .

(أ) المعيار الإحصائي (الجماعة) ..

ينطلق هذا المعيار من فكرة بديهية مؤداها أن اتفاق الغالبية العظمي من الأفراد علي شئ ما "سلوك / فكرة / انفعال/ وجدان / طموح/ رؤي / قيم / معتقدات/ اتجاهات/ مهارات .. الخ) ، قد يضفي هذا الاتفاق الجماعي علي هذه المناحي نوعاً من المشروعية، ومن ثم تصبح بدورها جزء لايتجزأ من ديناميه الجماعة، بحيث أن الاقتراب منها أو التطابق معها ، يعني السواء .. أما الابتعاد عنها أو محاولة الهروب منها يعد نوعاً من اللاسواء .. وغالباً مايتم التعبير إحصائياً

عن هذا المعيار باستخدام الأساليب الإحصائية القائمة علي مدي تشتت درجة الفرد عن المتوسط العام لدرجة الجماعة التي ينتمي إليها الفـرد وتنطبق خصائصه الديموجرافية معها، فالفرد السوي وفقاً لهذا المعيار هو ذلك الفرد الذي يتشابه سلوكه وكل تفعيلاته مع الإطار العام المميز لجماعة الانتماء .. وهذا المعيار الإحصائي يعد حجر الزاوية في فكرة إعداد وتصميم كافه المقاييس والاختبارات النفسية والعقلية.. لأن فكرة التقنين Standardizatiom في حد ذاتها تعتمد علي اختيار جماعـة مرجعية يتم تصميم البنود والعبارات عليها، ومن ثم الخـروج بعـده معايير أو مؤشرات تعكس بدورها السواء أو اللاسواء ، بحيث تصبح هذا المعايير الخاصة بالأداه المصممة أساس الحكم علي الفرد في حالة انطباقه مع الجماعة أو شذوذه عنها .. ولنأخذ عدة أمثلة توضيحية في هذا الصدد، ففي اختيار MMPI عدة مقاييس فرعية بعضـها يقيس الشخصية الهستيرية والوسواسية والاكتئابية والانطوائيـة والتعصـب والمشاركة الاجتماعية ولكل اختبار فرعي معايير إحصائية تتمثل فـي تحويل الدرجة الخام إلي درجة تائية .. ومن خلال تحويل الدرجـات الخام إلي درجات موزونة يتم وضع بروفيل تشخيصي للفرد بدرجاتـه علي متصل إحصائي. يخص السمة أو الخاصية المراد معرفتـها . فإذا ما وقعت درجات الفرد التائية بين حدين معينين مـن الدرجـات الموزونة، أصبح الفرد بدوره واقعاً في مجموعـة الأسـوياء، أي أن سماته تندرج ضمن الأسوياء من جماعة التقنين، علي حين أن التشتت فوق الحد الأقصى أو أقل من الحد الأدنى إنما يحمـل بـدوره عـدة

دلالات تجعله يقع في اللاسواء بدرجاته الفرعية .. وكذلك الحال مـع كافة الاختبارات الموضوعية التي تنتهج فكرة جماعة التقنين والتشـتت عن المتوسط .. وعلي الرغم من اتفاقنا - النسبي - مع هـذا المعيـار الإحصائي إلا أنه توجد عليه بعض المآخذ يتصدرها ضرورة التفرقـة بين الطبيعة النوعية للسلوك واتفاق الغالبية العظمي من الأفراد عليه ، فالاتفاق لايعني دوماً ودائماً أن السلوك موضوع الاتفاق هو السـواء وماعداه هو اللاسواء ، فاتفاق جماعة ما علي سلوك النفاق والريـاء، لايعطينا الحق في أن نطلق علي سلوك الصدق والأمانة بأنه سـلوك غير سوي، لمجرد أن جماعة الانتماء ارتضت لنفسها سلوك النفـاق والرياء محكاً للتفاعل وللتعامل .. فسلوك الأمانة حينئذ يعد شاذاً عـن المعيار الجماعي بلغة الإحصائيين، إلا أنه يظل في ذاته سلوكاً سـوياً برغم استهجان الجماعة له وعدم الإتيـان بـه .. كذلـك سـلوكيات الانحرافات الأخلاقية والجنسية والتطرفات الدينية .. الخ .. اذن لابـد من النظر إلي الطبيعة النوعية للسلوك قبل البحث عن مدي إتفاقـه أو اختلافه مع الجماعة المعيارية .. لأننا أن لم نفعل ذلك نكون قد وقعنـا في خطا منهجي جسيم مؤداه أن الأفراد سيبحثون لـهم عـن بعـض المعايير اللاتوافقية ويرتضونها لانفسهم ويباركون كل من يأتي بـها .. ومن ثم أعتبار كل من يخرج عنها في عـداد الشـواذ ودون وضـع ضوابط لهذه الأفكار والسلوكيات، نكون قد اعطينـا الأفـراد حريـة الاعتقاد الجماعي ومن ثم الحكم علي من يخالفـهم ويغـايرهم بأنـهم مارقين وخارجين عن إطار الجماعة ، مع كل مايترتب علي ذلك مـن

محاكمتهم ونبذهم وإدانتهم .. الخ.. فمعيار الجماعة لاينبغي الأخذ به دون النظر إلي طبيعة الأفكار والسلوكيات التي تعتنقها الجماعة وتتمسك بها .. أن هذا العرض المبسط للمعيار الإحصائي للسواء واللاسواء إنما يفرض تبعياته علي قضية الصحة النفسية .. فالبعض يري أنه لكي يتمتع بالصحة النفسية عليه مسايرة الجماعة وعدم الخروج عليها حتى لو كانت الجماعة اعتمدت وأقرت مشروعيه الوجود لآراء ومعتقدات واتجاهات خاطئة من حيث طبيعتها النوعية كميثاق داخلي للجماعة .. أن هذا الانطباع في حاجة إلي مراجعة في الطرح .. حيث أن هذه الفكرة تستقيم منهجياً ونظرياً إذا كانت أفكار الجماعة المعتنقة من قبل أفرادها تتسم بالموضوعية والإيجابية والبعد عن التطرف والشطط .. حينئذ يكتسب معيار الجماعة "الإحصائي" قوة كبيرة سواء للفرد أو للجماعة علي السواء.

(ب) **المعيار الذاتي** ..

ينطلق هذا المعيار من فكرة بديهية مؤداها أن الأنساق في حالة دائمة من التطور والتغير والارتقاء .. وكل مرحلة يجتازها الفرد عمرياً وثقافياً وتعليمياً وفسيولوجياً وعقلياً، إنما تفرض عليه في المقابل عدة معايير ، وهذه المعايير الممعنة في الخصوصية لاتنفصل بدورها عن الظروف المرحلية المرتبطة بها .. وعملية الخروج عن هذا المعيار بالتقدم إلي الأمام أو النكوص إلي الوراء، لن تخلف وراءها سوي التزامن وعدم القدرة علي التوافق ومن ثم الوقوع في دائرة اللاسواء ولنضرب مثالاً توضيحياً في هذا الصدد.. فعندما أكون

طفلاً صغيراً في أعقاب مرحلة الطفولة المبكرة فإن أخذ الدميه أو أحد الألعاب مني قد يعقبها سلوك البكاء الشديد أو ضرب الطرف الآخـر لكن نفس الموقف في حال تكراره مرة أخري حينما يشـب الصغـير ويدخل في معية الراشدين يعد سلوكاً مستهجناً .. إذ كيف يقدم الراشـد علي البكاء في حال قيام أحد أفراده بأخذ شيئاً ما منه .. أو كيف يقـوم بضربه كرد فعل لهذا السلوك .. نحن أذن أمام مستويان من مستويات التفعيل السلوكي أحدهما سوي لأنه يساير الطبيعة العمرية والانفعاليـة للطفل .. والآخر غير سوي لأنه لايساير الطبيعـة العمريـة للفـرد "الرشد" . وما ينسحب علي المعيار الذاتي الخاص بـالعمر، ينطبـق بالتبعية علي المعايير الذاتية الأخرى مـن قبيـل النـوع "الجنـس" والمستوي التعليمي، والمسـتوي الثقـافي، والمسـتوي الاجتمـاعي الاقتصادي، فلكل مرحلة يجتازها الإنسان جملة المعايير الذاتية التـي تحددها، وخروج الفرد عليها يعد نوعاً من اللاسواء .. فإذا ما ذهـب أحد الأميين إلي الدجالين والمشعوذين بحثاً عن حل لمشكلة عدم قدرته علي الإنجاب قد يعد سلوكاً مقبولاً اجتماعياً في إطار المعيار الذاتـي الخاص بمستواه التعليمي .. إلا أن نفس السلوك يعد مستهجناً وملفوظاً في حال قيام أحد أساتذة الجامعة أو الأطباء بالذهاب إلي المشـعوذين بحثاً لحل لنفس المشكلة التي تواجهه .. إن المعيار الذاتـي للسـواء واللاسواء يتطلب إجرائياً منا ضرورة الوعي والاسـتبصار الذاتـي بمراحل النمو والتطور التي يجتازها، ومن ثم البحث عن الحلول التي تتناسب طبيعتها مع تلك المراحل الخاصة بـالنمو والتطـور .. دون

الوقوع في مأزق اللاتزامن.. فهناك أفراد راشـــدون يتعـاملون مــع الأحداث الضاغطة بمنطق الأطفال الصغار .. وهناك بعض الأطفـــال قد يتعاملون مع المواقف الضاغطة بمنطق الراشدين وكبـــار الســـن.. فالأول نكص في استجاباته إلي معايير الصغار ومن ثم اتسم باللاسواء .. والأخر تقدم وتمثل سلوك الكبار بعيداً عن المعايير الممعنـــه فـــي الخصوصية التي تميز فئته العمرية الطفلية ، ومن ثم ظهر الســـلوك وكأنه بعيداً عن السواء .. فالحكم علي مدي سواء أو لاســـواء الفـــرد ينبغي أن يتم من خلال معرفتنا بتاريخ الفرد ومراحل تطوره وكافـــة المعايير التي تميز مرحلته العمرية والتعليمية والاجتماعية والثقافيـــة، لذا من الضروري الوقوف علي جملة الخصائص الإنسانية الفارقة بين الأفراد في علم النفس النمو وفقاً لمراحل العمر المختلفة (الطفولـــة - الرشد - الشيخوخة)... ودون الأخذ في الاعتبار كافة هذه المحـــددات المعيارية لانستطيع تباعاً الحكم علي مدي تمتع الفرد بالصحة النفســية أو اعتلاله النفسي .

(جـ) المعيار المثالي

يري البعض أن السواء هو المثالية أو محاولة الاقتراب منـــها .. ومن ثم فالفرد السوي هو ذلك الفرد القادر علي تحقيق مثالياتة وأفكـــاره الرامية إلي الكمال والمثل العليا .. إن هذا المعيار يتطلب في المقـــابل ضرورة توفر حد مرتفع من الاستبصار الذاتي للفرد، والتعرف علـــي إمكاناته واستعدادته وقدراته، ومن ثم السعي نحو استثمارها في أهـــداف واقعية وإجرائية .. ودون هذا الوعي بالمعرفة والفعل معا ، قد يتعرض

للاحباطات والضغوط التي تؤدي به علي الجانب الآخر إلي الوقوع في دائرة اللاسواء .. وينبغي الإشارة هنا إلي أن السعي نحو تحقيق الأهداف المثالية لاينفصل بدوره عن المعيارين السابقين .. حيث أن المثاليات تصبح دربا من العبث في حال وجود جماعة لاتقر بمشروعيتها ولاتضفي عليها مظاهر المباركة والتأييد "المعيار الإحصائي" .. كذلك فأن هذه المثاليات تصبح بدروها غير قابلة للتحقق الإجرائي الايجابي، دون الالتفات إلى المعايير الذاتية المرتبطة بها من قبل الفرد.

(د) المعيار الثقافي والحضاري

إن مفهوم السواء واللاسواء من المفاهيم النسبية غير المطلقة، فقد يختلف تعريف هذين المفهومين وفقا لاختلاف الثقافات والحضارات والمجتمعات، ووفقا لتباين الأطر والمحكات المرجعية للجماعات ، إلي الحد الذي يمكن فيه القول بأن المجتمع الواحد قد تتباين فيه معايير السواء واللسواء وفقا للمحددات الجغرافية والبيئيه (ريف، حضر، سواحل، بدو) ولايقف الأمر عند حد الاختلافات الجغرافية لأماكن تواجد الجماعات والأفراد، بل أن مفهوم السواء واللاسواء قد يتغير بتغير المنظور الزمني داخل الجماعة الجغرافية الواحدة .. فالسلوك الذي كان يكتسب مشروعية السواء لدي جماعه ما منذ عقد من الزمان، قد يعتريه التغير ويصبح لاسويا الآن نتيجة لعمليات التغير الثقافي والحضاري "الحراك الاجتماعي" .، الأمر الذي يفرض علينا تباعا ونحن نتطرق لقضية الصحة النفسية للأفراد ضرورة مراعاة

المنظورين المكاني "الجغرافي" للأفراد، والمنظور الزماني لهم بكـــل مايحويه من أحداث ومواقف وتطورات وتيارات ثقافيـــة واجتماعيـــة واقتصادية ودينية .. انطلاقا من أن السواء واللاسواء مفاهيم نســـبية غير مطلقة ، تتأثر شأنها شأن كافه الظاهرات الطبيعيـــة والإنســـانية بمفاهيم التغير والتبدل والتحول .. الخ .. ولنضرب مثالا توضيحيا في هذا الصدد ففي المجتمعات الغربية تعد الفتاة ناضجة جنسيا في حـــال قيامها بعلاقات جنسية مع أقرانها، وتعد مضطربة ومعقده إذا ما فشلت في تفعيل هذا السلوك .. علي حيث أن نفس السلوك في مجتمع آخـــر يتمسك بالتقاليد والعادات والأطر الدينية يعد انحرافا يعرض صاحبتـــه للاستهجان والنبذ بل والقتل في بعض المجتمعـــات .. إذن فالســلوك الواحد لاينبغي تفسيره بشكل مطلق علي مبعده من الأطـــر الثقافيـــة والحضارية التي تحدده وتضفي عليه مشروعية الوجود أو تنزع منـــه هذه المشروعية، نخلص مما سبق أنه من الصعوبة الاعتمـــاد علـــي معيار واحد بعينه للحكم علي السلوك الإنساني بالسواء أو اللاســـواء، لأن لكل معيار إيجابياته وسلبياته ومن ثم يأتي المنظور التكاملي الذي يضم كل هذه المعايير معا لكي نعتمـــد عليـــه فـــي عمليـــة الحكـــم والتشخيص ومن ثم العلاج أو الإرشاد أو التوجيـــه وصـــولا لأعلـــي معدلات ممكنة من الصحة النفسية للفرد وللجماعة علي السواء.

الصحة النفسية .. الصفات والخصائص.

ماهى الخصائص المميزة للفرد المتمتع بالصحة النفسية؟ وهل يمكن تدريب الأفراد الذين يفتقدون هذه الخصائص لكي يصبحوا بدورهم من المتمتعين بها.

(أ) .. لاتخلو الحياة من المنغصات والضغوط التي قد تعكر صفو الفرد وتقلل من فرصة للاستمتاع بالحياة ومباهجها .. وهذه المنغصات قد تتفاوت من حيث النوع والشدة، فبعضها من القوة بحيث تصيب الفرد بالإحباط أو الصدمات، بل وقد تجعله غير قادر علي التصرف أو الفعل السوي، وبعضها ذو شدة ضعيفة بحيث يستطيع الفرد الوقوف أمامها والتعامل معها بشكل مؤثر، وفي جميع الحالات فإن قدرة الفرد علي التفاعل مع هذه المنغصات ومدي الحكم علي نجاحه أو فشله في التصدي لها، إنما يعتمد في المقام الأول علي مدي مالديه من استعداد داخلي وبناء نفسي قوي .. وكلما كان الفرد قادرا علي مواجهة تلك الضغوط بأساليب راشدة ناضجة وليست طفلية، مع تقديم حلول إيجابية وليست تلفيقيه أو سلبية، كلما كان متمتعا بقدر عال من الصحة النفسية ... فإذا أردت التعرف علي هذا المؤشر الهام للصحة النفسية لديك .. فأرجع إلي بعض المواقف الضاغطة التي سبق وأن تعرضت لها سواء في إطار الأسرة أو المدرسة أو مع الرفقاء والأصدقاء أو في الشارع ... وتذكر كيف كانت آلية مواجهتك لهذه المواقف .. هل ألقيت بالمسئولية علي غيرك معتمدا عليه في عملية التصدي والمواجهة ، أم أقدمت علي التصدي لها وبدأت في التعامل

الإيجابي معها، متحملا مسئولية النتائج المترتبة على هذا التدخـل .. هل أصبت بالهلع والخوف ومن ثم اللجوء إلي الـهروب مـن الموقف، تاركا الظروف الخارجية تتعامل مـع الموقـف بشـكل عشوائي بعيدا عن إرادتك وتحكمك فيه؟ ... هل قدرت بموضوعية مكانة الأفراد المتفاعلين معك في هذه المواقف الضاغطة وتعاملت معهم وفقا لهذا التقدير الموضوعي؟ أم تجاهلت هـؤلاء الأفـراد وبدأت في التعامل الفردي بعيدا عنهم .. إن هذه التساؤلات العديدة لابد أن تكون ماثله أمام الفرد وهو بصدد المواقـف الضاغطـة سواء في المجال الأسري أو الدراسي أو الاجتماعي بصفة عامة، وكلما كان تعامل الفرد Coping فعالا ومؤثرا في ضوء إمكاناتـه الذاتية وأهدافه الشخصية والظروف الموقفية المحيطة به، كلمـا كان أقرب إلي الصحة النفسية .. والعكس يبدو صحيحا حيـث أن التعامل مع الموقف بالهروب وعـدم المواجهـة ... أو مواجهـة الموقف بميكانيزمات طفلية لاترتقي إلي مستوي النضج أو سـوء التقدير الموضوعي لإمكاناته وقدراته فإن النتائج المترتبة علـي ذلك ستكون أميل إلي الفشل والتوتر والقلق وخلـق العديـد مـن المشكلات الجانبية الأخرى، التي تمثل بدورها عبئا آخر يضـاف إلي الموقف الرئيسي للضغط.

ب - يلعب الاتزان الانفعالي Emotional .stability دورا كبيرا فـي الحكم علي مدي تمتع الفرد بالصحة النفسية أو الإحساس بفقـد أو اختلال تلك الصحة .. فالانفعالات هي المحرك الرئيسي للسلوك، فإذا كانت الانفعالات تتسم بعدم النضج والفجاجة من حيث عـدم

ملائمتها للمواقف والظروف التفاعليـة الخارجيـة ، بـات مـن الواضح حينئذ أن السلوك سوف ينتابه الاضطراب وعدم الاتزان، والانفعالات الصادرة من الفرد تحكمها عدة محكـات يتصدرهـا الطبيعة النوعية للموقف، فالمواقف التي تنطوي علي ألم وحـزن وحسرة لاينبغي مواجهتـها بانفعـالات سـارة وسـعيدة ، لان الانفعالات هنا لا تتناسب كيفيا مع طبيعة تلك المواقف ، وفي حال استمرار الفرد علي هذا اللاتوازن بيـن الاسـتجابات الانفعاليـة والمثيرات الموقفية ، فإن الآخرين يبدأون في إدراك الفرد بوصفه أقرب إلي الاضطراب منه إلي الاتزان الانفعالي أو السلوكي ومن ثم افتقاده للصحة النفسية بمفهومها العام، كذلك ينبغي للاستجابات الانفعالية أن تلائم المواقف التفاعلية ليس من حيث الكيف فقـط ، وانما كذلك من المنظور الكمي "الشدة والدرجة" فالمثير التافه الذي لايستثير إلا قدرا قليلا من الابتسام أو انفعال الفرح .. يصبح مـن علامات عدم الصحة النفسية الاستجابة له بمزيد من الانفعـالات الضاحكة (هستيريا الضحك) .. وقد نقابل في حياتنا العديد مـن المواقف الانفعالية للأفراد لاتتفق مع الطبيعة النوعية للمثـيرات التي أظهرتها .. كأن يقوم الأب بضرب الأبناء بوحشـية شـديدة لمجرد إرتكاب الأبن لخطأ طفيف لايستوجب كل هذا العدوان .. أو أن تقوم الزوجة بترك المنزل وهي فـي حالـة مـن الـهياج الانفعالي الشديد لمجرد أن الزوج أختلف معها في بعض المواقف التفاعلية التي لا ترقي إلي مثل هذه الدرجة من الشدة الانفعاليـة

الصادرة منها ... كذلك الفتاة التي تعيش قصة حب عنيفـة مـن طرف واحد ، أو الطالب الذي يميل إلي التفكير فـي الانتحـار لمجرد رسوبه في الاختبارات أو الفرد الذي يرفض التواجد فـي مكان ما لإحساسه بأن أحد المتواجدين لايبادله الاهتمام والترحيب الكافي ... إن الاتزان الانفعالي للفرد أحـد علامـات الصحـة النفسية، لأن الانفعالات باعتبارها داله للسلوك لابـد أن تتناسـب طبيعتها وشدتها "الدرجة" مـع المثـيرات الخارجيـة والداخليـة المرتبطة بها .. وفي حال حدوث العكس فإن ذلك قد يشير إلـي عدم النضج الانفعالي والتذبذب الانفعالي وعدم الأتساق الانفعـالي .. وكلها مصطلحات تحمل معان واحدة من حيث وجود الفجـوة بين المثيرات والاستجابات.

ج ـ " ليس كل مايتمناه المرء يدركه" أن هذه العبارة الصغيرة تشـير بوضوح إلي أن من مظاهر الصحة النفسية للفرد هو قدرته علـي تحقيق التوافق بين مايرغب فيه علي المسـتوي الداخلـي وبيـن أهداف الآخرين والظروف الموقفية الخارجية ، فالأهداف قد تكون متصارعة Conflicting بل ومتناقضه Contrasted في كثـيرا من الأحيان، بحيث يصبح إصرار الفرد علـي تحقيـق رغباتـه الذاتية دون الأخذ في الاعتبار الأهداف الخارجية المناقضة دربـا من الاضطراب الذي يفقد الفرد توازنه وقدرتـه علـي التمتـع بالصحة النفسية الإيجابية بل قد يدفع به إلي المرض النفسـي أو العقلي .. فالشخص الذي لايستطيع إرجاء اشباعاتة . حتى تتوفـر

الظروف الملائمة لهذا الاشباع يعاني من انعدام الصحة النفسية .. وهذا الأمر يتطلب ضرورة أن يكون لدي الفرد رؤيــة واضحــة وناضجة لما يرغب في تحقيقه ، وكذلك استبصارا ذاتيا بإمكاناتــه القادرة علي القمع والكبت والأرجاء إلي حين مواتـــاه الظــروف المناسبة، وكذلك الاستبصار بالطبيعة النوعية للمواقف الخارجيــة ومدي قدرته علي مواجهتها بالمثابرة والصبر والجلد والعزيمـــة والإرادة وبذل الجهد والدافعية المرتفعة والتكهن بالآثار الإيجابيــة المتوقعة فإذا استطاع الفرد القيام بالتوفيق بين رغباته الداخليــة ، والمحددات الخارجية المتصارعة Balancing of conflicting بات أقرب إلي الصحة النفسية منه إلي الابتعاد عنها.

د - لايستطيع الإنسان إن يتمتع بالصحة النفسية إلا اذا رأي ردود أفعاله بشكل إيجابي من خلال الآخرين (التفعيل Acting out) فــالذات لاتصبح إيجابية ولاتشعر بالنضج إلا من خلال تخارج هذه الــذات وتفعيلها إلي الآخرين، حينئذ تبدأ الذات في اكتساب مشـــروعيتها من خلال تدعيم الآخرين لها ومباركة أفعالها .. لذا فإنه كلما أقدم الفرد علي السلوك البناء الذي يصاحبه تغيرا إيجابيا علي مســتواه الذاتي، واكتسب هذا البناء مشروعية مجتمعيه من خلال تدعيـــم الآخرين له .. حينئذ يكون الفرد متمتعا بمعدلات مرتفعــــه مــن الصحة النفسية، شريطة أن يكون راضيا وقانعا بما يقوم به مـــن سلوك ، بعيدا عن كافة ضروب القهر والإجبار ، وهذا الأمر يبدو

طبيعيا في إطار عمل الفرد المـــهني وعلاقتـــه بـــأفراد أســـرته وزملائه.

هـ - من علامات الصحة النفسية قدرة الفرد علي الوعـــي بانفعالاتـــه ومشاعره وقدرته علي التمييز بينها، لأنها تمثل الأســـاس الـــذي ينطلق منه في الحكم علي الواقع وفي إقامة العلاقـــات التفاعليـــة ذات الأثر والتأثير المتبادل مع الآخرين .. ولايقف الأمـــر لـــدى الفرد أن يميز بين مشاعره وإنما ينبغي أن تكون لديه القدرة أيضـا علي التحديد الموضوعي لمصادر تلك المشاعر واتجاهاتها وذلـــك مايطلق عليه الوعي الانفعـــالي بـــالذات Emotional – Self Awarence فهناك العديد من الأفراد تختلط بداخلـــهم المشـــاعر ولايستطيعون التميز بينها بشكل يمكنهم من التعامل البنـــاء وفقـــا لهذا التضارب .. فضلا عن أنهم يعايشون مشـــاعر وانفعـــالات معينة ولايتوفر لديهم الاستبصار الذاتي بالمصـــادر "داخليـــة أو خارجية " التي أفرزت بدورها مثل تلك المشـــاعر .. ومـــن ثـــم يجهلون مصادرها ويتعاملون وفقا لهذا التجاهل بميكانزمات أقرب إلي العشوائية منها إلي التنظيم والتحكم الإرادي، وهؤلاء الأفـــراد قد يعانون من الانفجارات الانفعالية المبالغ فيها والتذبذب الانفعالي وعدم الاتساق، وعدم القدرة علي التمييز بين المشاعر وبعضـــها البعض، فقد ينتاب الفرد الإحساس بالضيق دون معرفته بالأسباب التي أدت به إلي هذا المزاج المضطرب .. فالصحة النفسية وفقـــا لما سبق تتطلب ضرورة سعي الفرد للتعـــرف علـــي مشـــاعره

ومصادرها واتجاهاتها وشدتها ومدي تأثيرها السلبي أو الإيجابي علي الآخرين المتفاعلين معه .. كذلك نجد العديد من الأفراد لايستطيعون التفرقة بين مشاعرهم المرتبطة بالواقع وتلك المرتبطة بالخيال، فنجدهم يعايشون أجواء الأحلام "أحلام اليقظة" دون قدرة حقيقية علي التفرقة بين الواقع والخيال، وهذا الوضع كثيرا مايسبب لهم الصراعات والاحباطات، لاختلاف المحددات التفاعلية في الحالتين، وكلما استطاع الفرد تحقيق ذلك التوازن بين مشاعرة المرتبطة بمحدادت موضوعية واقعية وتلك المرتبطة بخيالاته وتصوراته، كلما كان أقرب إلي محددات الصحة النفسية. فلا مانع لدي الفرد من الاستغراق في أحلام اليقظة " ضرورة توفر بعد الوعي الذاتي بذلك " شريطة الانتقال من هذا المستوي إلي مستوي الفعل والإنجاز والتفعيل في إطار الواقع المعاش Reality testing كذلك من ضمن محددات الصحة النفسية في هذا الصدد أن يكون لدي الفرد القدرة للتعرف علي مشاعرة الحقيقة من خلال معايشته لرود أفعال الآخرين والطبيعة النوعية لتفاعلاتهم معه، فهناك العديد من الأفراد لايستطيعون الوقوف علي طبيعة مشاعرهم من خلال ردود فعل الآخرين تجاههم، مثل الشخصي الذي يظل حريصا علي إقامة وإدارة الحوار مع آخر لايقبله ويتأفف من حديثه ويرغب في فض الحوار معه ، ومع ذلك يستمر في حديثه غير مبال بردود الآخر السلبية تجاهه، (يتكلم مع نفسه بصوت مرتفع) .. فالصحة النفسية تقتضي من

الفرد رصد ردود فعل الآخرين تجاه مشاعره ومن ثم التفاعل معه وفقا لنوعية ودرجة تلك المشاعر، كذلك مـن ضمـن محـددات الصحة النفسية أن يستطيع الفرد التعبير الجيد وبدقه عن مشـاعرة وحالته الانفعالية أثناء تفاعله مع الآخرين ، مـع الابتعـاد قـدر المستطاع عن الميكانيزمات الدفاعية الخاصة بالتكوينات العكسـية والإسقاطات والنقل والتحويل، فالصحة النفسية تقتضي من الفـرد أن تكون لديه القدرة علي التعبير الدقيق عن مشاعره دون خـوف أو تردد ، لان هذا التعبير يعد نقطة البداية في إكمـال عمليـات الاتصال والتواصل مع الآخرين بشكل جيد وفعال، بعيـدا عـن الازدواجية والاختلاط في المشاعر ، التي يترتب عليها منطقيـا ازدواجية مماثلة في السلوك والفعل .. مما يهدد الصحة النفسـية للفرد بالاضطراب.

و – من مظاهر الصحة النفسـية للفـرد قدرتـه علـي الاسـتقلالية Independance والإحساس الداخلي بتفرد هويته، وبقدرته علي المبادرة، وتفعيل مشاعرة واتجاهاته وقيمة ومعتقداته بشكل ذاتـي بعيدا عن الوقوع في دائرة المسايرة والانصياع الجماعي المطلق، فهناك العديد من الأفراد لانجد في قواميس حياتهم مايشـير إلـي قدرتهم الاستقلالية "أنا أرغب – أنا أريد – أنا أري – أنا أعتقد– أنا أقبل – أنا أرفض أنا أظن ". فـهم دائمـا تـابعون لغـيرهم "يخططون لهم .. ويتخذون القرارت نيابه عنهم .. ويتحكمون فـي كافة مظاهر حياتهم" فهذا النمط من الأفـراد لايتمتـع بالصحـة

النفسية، لأنه يفتقد أهم مقومات الوجود الإنساني وهو الإحساس بالتماير والتفرد في ظل الجماعة، فالآخر مهما بلغت صلته وعلاقه بالفرد لايستطيع الوقوف بدقة علي كل جوانبه من مشاعر وأفكار وتصورات ووجدانات ورؤي وميول واستعدادات، الأمر الذي يجعل تدخل الآخرين في رسم ملامح تلك الذات بصورة مطلقة، أمرا غايه في الخطورة من حيث بداية ظهور الإحباطات والصدمات، ومن ثم التردي في الاضطراب النفسي والانفعالي والعقلي بل والاجتماعي أيضا.

بعض الأفراد لايستطيعون المبادأه بأشياء يرغبون فيها، ويظلون في حالة من الانتظار إلي أن يأتي غيرهم لكي يقوموا بها، ومن ثم يكونوا تابعين لهم وليسوا مبادئين معهم .. أن هذا النمط من الأفراد يفتقد أحد محددات الصحة النفسية، لأنه لايسعي لإشباع رغباته إلا في حال توافر الإشباع الجماعي مع الآخرين .. ويبقي السؤال .. وماذا لو لم يبدأ الآخر بتحقيق هذه الأشياء المحببة إلي الذات ؟ . سيظل الفرد في حالة من السلبية والخنوع والخضوع وكبت رغباته وقمع مشاعره مع كل مايترتب علي ذلك من اضطراب، علاوة علي الوقوع تحت رحمة الآخرين الذي يرسمون له خطي الطريق ويحددون له المسارات التي يسير فيها، دون مراعاة لخصائصه الذاتية وطبيعته النوعية .. " إمعه".. وهذا النمط من الأفراد نتيجة لافتقاده الاستقلالية في الرأي والسلوك، ونظرا لاعتماده المفرط علي الآخرين، فإنه لايستطيع تباعا حل مايجابهه

من مشكلات، ولايستطيع أن يتعامل بكفاءة مؤثرة مع مـايحيط بـه من ضغوط، لأنه يفتقد المبادأه في التعامل مع تلك الظروف، الأمـر الذي يدفعه إلي مزيد من الإعتمادية علي الآخـر، ومزيـدا مـن الانسحابية والهروب من المواقف الضاغطة، مع كل مايترتب علـي ذلك من سلبيات .. فالصحة النفسية وفقا لما سبق تتطلب قدرة الفرد علي المبادءة والإقدام واتخاذ القرارات التي تتناسب طبيعتـها مـع البناء الداخلي له (الذاتي) وكذلك الابتعـاد قـدر المسـتطاع عـن الاعتمادية المفرطة علي الآخرين في صياغة القرارات الممعنة فـي الخصوصية، صحيح أن التشاور مع الآخرين والإفادة من خبراتـهم وهم أمراً غاية في الإيجابية إلا أن هذا المستوي الإيجابي يختلف بالقطع عما نعنيه بالاعتمادية المفرطه عليهم، والتي تضيع خلالـها أبعاد الذات وملامح الهوية الفردية في إطار الآخرين، ممـا يـهدد وحدة البناء النفسي للفرد.

ز – إذا كانت الاستقلالية والابتعاد عـن الاعتماديـة المفرطـة علـي الآخرين تمثل أحد المظاهر الإيجابية للصحة النفسية، فإن ديناميـة التفاعل الإنساني تتطلب في المقابل قدرة الفرد الإيجابيـة علـي التعاطف مـع الآخريـن Empathy ومشـاركتهم مشـاعرهم ووجدانهم "قولاً وفعلاً" ، وكذلك تحمـل المسـئولية الاجتماعيـة تجاههم، ودون توفر هذا البعد الوجداني والسلوكي من التعـاطف، لايستطيع الفرد الإحساس بالآخر، وبالتالي عـدم القـدرة علـي التفاعل البناء معه .. فالأفراد المتبلدون، الانـانيون ، المنغلقـون

علي ذواتهم، المنسحبون من المشاركة مع غيرهم – اللامبالين بالآخرين . هؤلاء الأفراد يفتقدون أحد محددات الصحة النفسية وهي التعاطف والمعايشة مع الآخر وتبدل الأدوار بين الذات والآخر ، تحقيقاً لإعلي معدلات ممكنة من التفاعل، ولعل في انتشار "الانامالية" وسط قطاع كبير من الأفراد في الآونة الحالية (الاسرة /الشارع) مايشير بدوره إلي افتقاد العديد منهم للصحة النفسية بمفهومها الواسع . فكل فرد يتمحور حول ذاته فقط ، ولايسعي إلي معايشة ذوات الآخرين، مما يجعل التفاعلات بينهم تتسم بالبرود والجمود، وترقب الأخطاء، والعنف وكل ما من شأنه أن يصيب العلاقة بالتوتر وعدم الاتساق.

أن مشاعر الدفء Warm Feeling تجاه الآخرين والحرص علي إقامة علاقات ودوده معهم قائمة علي التقبل المتبادل، وكذلك الإحساس بالأمان في ظل التواجد في معيتهم ، والتعبير عن العواطف الإيجابية تجاههم، والاستمتاع بقضاء أوقات سعيدة معهم، والحرص علي توطيد علاقات الصداقة، كل هذه المؤشرات تعد من الخصائص المميزة للشخص المتمتع بالصحة النفسية، فالإنسان لايوجد بمعزل عن الآخرين، صحيح أن الآخر قد يمثل أحياناً عنصراً للضغط بإثارته للمشكلات، والتي قد تدفع بالفرد إلي الابتعاد عنه، تجنباً للضغوط والمشكلات، إلا أن الآخر في نفس الوقت قد يكون الحبيب والصديق والرفيق والابن والأهل والأقارب، الأمر الذي يجعلنا ننظر دائماً إلي الجوانب الإيجابية

في شخصية الآخرين وتدعيمها Optmism حينئذ يحدث التفـاعل المتبادل القائم علي التأثر والتأثير الإيجـابي لكافـة الأطـراف المتفاعلة، أمـا مواجهة الآخر المشكل "الذي يثير المشاكل باتجـاه مماثل من التفاعلات السلبية، فإن هذا الاتجاه سـوف يولـد فـي المقابل ديناميكية العنف والاضطراب لكليهما، بحيث يصعب كسر حدة هذه الدائرة المغلقة، فالإنسان المتمتع بالصحة النفسية ينبغـي أن تكون لديه رؤية مستقبلية لشكل ومضمون العلاقة التفاعلية مع الآخر، بحيث يصبح من الصعب التضحية بالآخر لمجرد أن هـذا الآخر أظهر بعض الجوانب السلبية للذات، فهذه الجوانب السـلبية بمزيد من التأني ويكثير من التسامي والود، يمكن التعامل معـها وتحويلها إلي جوانب إيجابية . ويدخل في هذا السـياق الأفكـار المسبقة التي نكونها للآخرين في أذهاننا، بل ونبدأ فـي التعـامل معهم وفقا لمضمون تلك الصور المسبقة، أن هذا الاعتقاد الخاطئ قد يحرم الفرد من إمكانية الرؤية والحكم الصحيح علي الآخريـن، لأن الانطباع المسبق فرض إرادته علي الحقائق الموضوعية فـي الآخر .. فالتخلص من الأفكار السلبية السابقة والمختزنة بداخلنـا تجاه الآخرين، ينبغي أن تخضع بصفة دائمة للتدقيق والمراجعـة والتعديل في ضوء الشواهد الفعلية الصادرة من الآخريـن تجـاه زواتنا ... ويمكنك عزيزي القـارئ أن تجـرب هـذا الاتجـاه الإرشادي .. فأختر أحد الأفراد الذين لاتشعر بجانبـهم بـالحب والود ودفء المشاعر.. وأبدأ في مراجعة هذه المشاعر، وأتـرك

لنفسك الفرصة لكي تكتشف الجوانب الإيجابية في شخصية مـــن تكره .. وقم بالتعامل معه وفقاً لهذه الجوانب الجديدة المكتشـــفة ، حينئذ سيبدأ هذا الآخر في التعامل والتفاعل معك وفقاً للمنظـــور الإيجابي الجديد الذي بدأت به معه ، فاضمار سوء النيـــه تجـاه الآخرين والتعامل الدائم معهم بوصفهم أشـــرار وغـير عـادلين وعدوانين، يأتي في المقابل إلا بمشاعر عدائيه ونفور من الآخـر تجاه ذواتنا، وبالتدريج تبدأ دائرة التفاعلات والمشاركات الإنسانية في التقلص والانـــزواء، وينتـــهي الأمـــر بمشـــاعر الاكتئـــاب والإنطوائية والاغتراب والعزلة، وكلها خصـــائص تبتعـد عـــن المفهوم الإيجابي للصحة النفسية.

ط – تعد المرونة Flexibility أحد الخصـــائص الممـــيزة للشـــخصية المتمتعه بالصحة النفسية، فـــالإنغلاق الفكـــري والجمـــود فـــي الشخصية وعدم القدرة علي إدراك المغاير والمخالف، والتشـــبث بالرأي والوقوع في دائرة أحادية الرؤية، كل هذه الخصائص تؤثر بالسلب علي شكل ونوعية العلاقة التفاعلية مع الغير، فالإنســـان كائن متغير علي كافة المستويات بداية من البدن والذي يخضـــع للعديد من التغيرات الفسيولوجية، ومروراً بـــالجوانب المعرفيـــة والمعلوماتيه، ونهاية بسمات الشخصية، فالتغير هو ســـنة الكـــون والوجود، ولايوجد شيئاً واحداً يتسم بالثبات المطلـــق، لـــذا فـــإن الاعتقاد الذاتي بصحة أفكارنا بشكل مطلق، والاعتقاد الذاتي بخطأ أفكار الغير بشكل مطلق، يعد أحد علامات الاضطراب وافتقـــار

الفرد للصحة النفسية، فنحن نرشد أفعالنا ونحسن من سلوكياتنا وفقاً لردود أفعال الآخرين تجاهنا .. فإذا انطلقنا من قاعدة أن الآخر دائماً علي خطأ ، ونحن دائماً علي صواب فإن النتيجة المتوقعة هي عدم الثقة في هذا الآخر، وبالتالي إما عدم الاقتراب منه لأنه مغاير ويشكل تهديداً لذاتي، أو الاقتراب منه ومحاولة إقناعه بمنطق القوة، علي اعتبار أنه مخطئ وأنا ملزم بإصلاحه وتعديله "التعصب بكافة أشكاله" .. وفي كلا الحالتين فإن الانزواء / الإقناع بالقوة يمثلان شكلين من أشكال عدم السواء النفسي، لأنهما ينطويان علي فكرة إلغاء مشروعية الآخر في الوجود والتعبير عن ذاته بالطريقة التي يرتضيها لنفسه، فالصحة النفسية تقتضي من الفرد القدرة علي قبول الآخر المغاير، والإفادة من أوجه الخلاف، مع التخلي – قدر المستطاع – عن وجهات النظر أو الأفكار أو السلوكيات التي لاتلقي قبولاً خارجياً، ولاتصمد في وجه البراهين والشواهد المنافية لصحة الاعتقاد فيها ..

ي – كثيراً مايندفع الأفراد بإصدار سلوكيات وأحكام معينة بشكل انفعالي وسلوكي يتسم بالفجاجة لايتناسب وطبيعة المواقف والمثيرات التي أفرزتها علي هذا النحو أو ذاك، ويشكو الفرد حينئذ من أنه لم يتمالك أعصابه وأنه قد وقع في الاندفاعية غير المقصودة، أن هذه الخاصية السلبية قد تعرض الفرد للكثير من المواقف السلبية، وتحمل ردود أفعالٍ قد ينجم عنها مزيداً من

الخسائر، منها تهتك العلاقات الإنسانية، والخسائر المادية، وفقـد الوظائف ، تدهور التفاعلات الأسرية (وقوع الطلاق /الانفعالات/ العنف الزواجى) إن هذا التهور وعدم التروي يرجع إلـي عـدم قدرة الفرد علي ضبط دفعاته Impuls Control بشكل إيجـابي وهذه الخاصة السلبية تتنافى مع مفهوم الصحة النفسية القائمة علي ضرورة التروي والتفكير وإمعان العقل في الأشياء قبـل الإقـدام علي تنفيذها وتفعيلها، ويمكنك عزيزي القارئ أن تتذكـر أحـد المواقف التي اندفعت فيها بسلوك وانفعـال مـامثل الغضـب أو التحطيم أو التعدي علي أحد الأفراد بالسب أو الضرب (انفـلات الأعصاب) .. وتذكر ماهى السلبيات التي نجمت عن هذا الموقف بالنسبة لذلك. وماهي حالتك الانفعالية عقب انتهاء هـذا الموقـف الاندفاعي؟ .. هل حققت أهدافك التي كنت تسعي إليها؟ .. وماهي ردود فعل الآخرين الذين استهدفتهم باندفاعك وتـهورك..؟ هـل بادلوك الاندفاع باندفاع مماثل ؟ وهل أنت راض عن شكل هـذه العلاقة التفاعلية؟ ... هل فكرت في أسلوب وطريقة أخري غـير الاندفاع لتحقق من خلالها مـا تريـد؟ ... إن هـذه التسـاؤلات وغيرها الكثير قد تكشف لك بوضوح أن الاندفاع والتهور وعـدم القدرة علي التروي، وعدم القدرة علي ضبط الانفعالات الفجة، لن يأتي إلا بالعديد من المردودات السلبية سواء لك أو لغيرك ممـن تتفاعل معهم، فالعنف يولد عنفا مضادا .. والغضب قـد يسـتثير لدي الآخرين مشاعر الكراهية والعدائية والنبذ لك .. علاوة علـي

أن الشخصية غير المتزنة انفعاليا تقع دائما تحت رحمة مشاعرها الفجة، وغالبا مالاتستطيع تحقيق أهدافها في الحياة بشكل نــاضج وسوي ، وذلك ببساطه لأن الانفعالات الجارفة غير المصحوبــة بعنصر الوعي والإدراك. قد تحول دون إمكانية إعمال القــدرات العقلية بكفاءة واقتدار، فالقدرة علي التفكير والتركــيز والانتباه والاستنتاج والاستقراء والاستدلال والتحليل، كل هذه القدرات يتـم تعطيلها في غمرة الانفعالات الجارفة غير المقننة، ممــا يجعـل الفرد يتعامل حينئذ مع مشكلاته بطرق أقرب إلي العشوائية منــه إلي التنظيم والدقة والموضوعية، فضلا عن ذلك فإن الانفعــالات الفجة وعدم القدرة علي التحكم فيها "الاندفاعية" قد تدفع بالفرد إلي التعامل مع الأجزاء الفرعية المكونة للموقف الكلي، نظرة قوامــه التعميم، وهذا الأمر يجعله يصدر أحكام خاطئة وغير حقيقية، لكل ماسبق فإن الصحة النفسية تتطلب من الفــرد ضــرورة الضبـط الانفعالي وعدم التهور والاندفاع ووضع الأمــور فــي نصابــه الصحيح.. إنها ليست دعوة إلي عدم الانفعال، بقدر كونها دعــوة لترشيد الانفعال وفقا للطبيعة النوعية للمواقف التفاعلية ، ووفقــا كذلك لدرجة وشدة المثيرات الباعثة للاستجابة الانفعالية.

ك – من ضمن الخصائص المميزة للصحــة النفســية اهتمــام الفــرد بالآخرين والحفاظ عليهم وعدم إلحــاق الضــرر بــهم، لأنــهم "الآخرين" هم الذين يمثلون له الوجه الآخر من عملية التفــاعل، ومن ثم فإن الإصرار علي تشويه صورهم والنيل منهم وتقطيــع

أواصل العلاقات معهم، لن يؤدي في المقابل إلا إلي مزيد من تشويه الذات واضطرابها .. لذا يخرج من دائرة الصحة النفسية الإيجابية أولئك النفر من الأفراد الذين يقومون بالأفعال والسلوكيات غير السوية ضد الناس والمجتمع، من قبيل الاقدام علي سرقتهم والاحتيال عليهم وعمل المؤامرات والدسائس ضدهم، وإتلاف ممتلكاتهم وابتزازهم والتنكيل بهم معنويا وسلوكيا، فهؤلاء الأفراد ينعدم لديهم الإحساس بالمسئولية الاجتماعية Social – Respons Pility فضلا عن اتسامهم بالعدوانية وعدم الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، ولايتحملون الاحباطات ولايتعاملون معها علي مستوي النضج ، ولايتأثرون بالعقاب الذي قد يلحق بهم، فسرعان ما نجدهم يكررون نفس المواقف العدائية ضد الناس والمجتمع، كثيرا مايلقون باللوم والتبريرات علي الآخرين لأنهم – في اعتقادهم – السبب وراء أفعالهم واتجاهاتهم العدائيين، إن هؤلاء الأفراد العدائية للمجتمع Dis Social في حاجة إلي إعادة تأهيل وإرشاد نفسي اجتماعي .

مجمل تركيبي

من خلال العرض السريع لبعض الخصائص المميزة للصحة النفسية، يمكن الخروج ببعض النقاط التي تمثل في اعتقادنا المحكات الرئيسية للشخصية السوية وذلك للمقارنة من خلالها علي مدي اقتراب الفرد من دائرة السواء النفسي بالمفهوم العام أو ابتعاد عنها.

(١) **هل تتقبل ذاتك** Self – Acceptance

فتقبل الذات أحد علامات الشخصية الســـوية فـالفرد تقبـل الآخـر والاطمئنان له، دون تقبل مسبق لذاته، لأن تقبل الذات هنا يمثل نقطـة الانطلاق نحو تقبل الآخرين، فكيف يلجأ الفرد إلي حب الآخرين وهـو كاره لنفسه، كيف يستطيع إعطاء الآخرين مشـاعر الـود والـدفء والمودة، وهو يفتقر إلي تلك المشاعر في علاقته بذاته، "فـاقد الشـئ لايعطيه" ولكي يتقبل الفرد ذاته ينبغي عليه التأكد تباعـا مـن عـدة محكات فرعية يتصدرها مدي فهمه لتلك الذات ، فكيف أتقبل ذاتي وأنا لا أعيها ولا أفهمها جيدا، فالجهل وعدم الاستبصار بأبعاد ذاتي، قـد يدفعني إلي عدم القدرة الحقيقية للوقوف عليـها ومـن ثـم تقبلـها، فالمتقبلون لذواتهم عادة مايتسم فهمهم لذواتهم بـالصدق والواقعيـة . والابتعاد عن عناصر التهويل والتضخيم لها، وكذلـك الابتعـاد عـن الإقلال والحد من شأنها، ونجاح الفرد في تحقيق هذا التقبـل للـذات يتوقف علي مدي كفاءه قدراته العقلية ومدي فهمه لذاته بشكل إيجابي، فالفرد الذي يضع توقعات وأهداف قابله للتفعيل والإنجاز الحقيقي قـد يتقبل ذاته بشكل مرض .. علي حين أن من يضع تصورات وأهـداف تفوق قدرته الحقيقيـة علي إنجازها وتفعيلها ، سـرعان مـا يشـعر بالإحباط، ومن ثم إفساح الطريق لعدم تقبل ذاته .

(٢) إن الاحباطات الخارجية الـتي تتسم بالشدة والتي لايسـتطيع الفرد الوقوف أمامها أو التعامـل معها، قد تصيبـه بالإحبـاط ومن ثم إحساسه بالعجـز والنقص والشعور بالدونيـة وعـدم

الكفاءة علي الإنجاز، وكلها مشاعر قد تصب في النهاية في دائرة عدم تقبل الذات.

٢ – هل أنت شخص موضوعي واقعي ..

إذا كان المحك الأول للشخصية السوية هو مـــدي تقبلـــه لذاتـــه ورضائه عن نفسه، فإن المحك الثاني هو مدي اتصاله أو انفصاله عن محددات العالم الواقعي الذي يعيش فيه، ويكتسب من خلالـــه مشروعية ذاته في مقابل الآخرين ، فالواقع بأبعاده هو الذي يحـدد منذ البداية نشأة الذات ورسم ملامحها المميزة لها ... والمقصـــود بالواقع هو كافة المثيرات والعوامل والمحددات الخارجيـــة التـي يتفاعل معها الفرد إبان رحلة حياته، بكل مايتضمنه ذلك الواقـــع من أحداث سارة أو محبطة علي السواء، فنحن مطالبون بالتعـامل مع ذلك الواقع بما فيه، إما التسليم به في حال حدوث آثار إيجابية للذات "مباركة الواقع " . . أو التمرد عليه وتعديله إذا كانت علي غير ذلك النتائج المتوقعة من عمليات التعديل والتغـــير ســتعود بنتائج إيجابية للفرد والجماعة علي السواء، وفي كلا الحالتين فإن تفاعل الفرد والتعامل مـــع الواقـــع لابـــد أن يتســـم بالإجرائيـــة والموضوعية، من قبيل الدقة في رصد محددات الواقع، وكشـــف العلاقات التي تربط بين عناصره الجزئية، والتأكد مـــن الكفـــاءة الشخصية في عملية التفاعل مع تلك العناصر، والتكـــهن بـــرود الأفعال الناجمة عن هذا التفاعل، حينئذ نطلق علي الفـــرد بأنـــه واقعي.. أما الأفراد الذين ينظرون إلي الواقع بوصفه محبطا لهم،

وغير مشبع لحاجاتهم، ومن ثم يلجأون إلي الهروب منه وتجنـب الاتصال به ، فهم أقرب إلي الشخصيات المضطربة والتي لاتتمتع بقدر مرض من الصحة النفسية، فالإحساس بغبن الواقع واحباطاته قد يدفع الفرد السوي إلي التفاعل معه وتعديلـه وتغـيره ، أمـا الهروب منه وعدم التعامل بواقعية معه، فلن يخلـف الإ مشـاعر العجز والسلبية ، والإحساس بالواقعية يتطلب الأخذ بعين الاعتبار جانبين أولهما الابتعاد عن عنصر التهويل والتضخيـم للواقـع، فبعض الأشخاص يتعامل مع محددات الواقـع باسـتجابة تفـوق نوعية تلك المحددات، ثانيهما .. الابتعاد عن عنصـر التـهوين والإقلال للواقع، فبعض الأشخاص يتعامل مع محـددات الواقـع باستجابة تقل عن المطلوب إزاء هذه المحددات الواقع.

٣ – هل تشعر بالاستقلالية ..

إذا كانت مسايرة الجماعة والتمسك بالأطر المرجعية الخاصة بـها في إطار الرضا الذاتي عن هذا الانتماء يمثل أحد الخصائص الرئيسية للصحة النفسية للفرد "التوافق الذاتي – التوافق الاجتمـاعي" .. فـإن الخضوع المطلق والمسايرة التامة لهذه المعايير قد لاتكـون علامـة إيجابية للصحة النفسية، وذلك ببساطة لأن لكل فرد خصائصه وسماته ودوافعه وتصوراته المميزة له والعاصرة عليه. ودون ترك الحرية لـه للتعبير عن هذا التمايز والتفرد الفردي، فإنه يشعر بالإحباط، ومن ثـم النقمة علي الجماعة موضوع الانتماء التي حالت بينه وبين الاستقلالية في التعبير عن ذاته .. هنا يصبح الانتماء مكبلا للفرد وليس محررا له

.. لذا فالجماعات الصحية هي التي تعطي للفـــرد فرصـــة الانتمـــاء والمسايرة وفي نفس الوقت منحه فرصة التحرر وإظهار فرديته ، بمـــا يعود عليه وعليها بالقيم الإيجابية، و تطوير الجماعة لن يتم إلا مـــن خلال الأفراد المشكلين لها، لذا من الضروري أن يتيح المجتمع بعامـــة والجماعات الفرعية بخاصة الفرصة للأفراد لكي يشعروا بالاســـتقلالية علي مستوي الفكر والفعل معا في إطار الأطر والمحكات المتعـــارف عليها، لأن قهر الفرد ووضعه في دائرة التبعية والمسايرة والانصيـــاع المطلق، لن يخلف سوي مشاعر العدائية والنقمة ضد تلـــك الأطـــر ، وكذلك الإحساس الذاتي بالعجز وعدم الكفـــاءة، ولايَســـتطيع الفـــرد ممارسه استقلاليته بكفاءة إلا إذا كان لديه وعيا ناضجا بمفـــهوم الإرادة .. فكيف أستقل وأنا لا أمتلك الإرادة التـــي تمكنـــي مـــن ممارســـه استقلاليتي، وافتقاد الإرادة قد يكون داخلي في الفرد، وقد يكون بفعـــل ظروف ومحددات خارجية، ولكي يمارس الفرد إرادته الحرة في الفكر والفعل، عليه التأكد من مدي فعاليته الداخلية، ومدي أيمانه واعتقـــاده فيما يسعي إليه ، ومدي قدرته علي شحذ طاقاته وتبعئتها فـــي ســـبيل مواجهة مايقابله من أحداث ومايعترض طريقه من عوائـــق، ومـــدي وعيه واستبصاره الذاتي بنقاط الضعف الداخلية لديه والتي تقف فـــي سبيل فرض إرادته من قبيل التردد والخوف والخنوع والسلبية والجبن وضحاله المعلومات والمعارف، وعدم القدرة علي الحكم الجيد .. الـــخ كذلك لايستطيع الفرد الاستقلال وفرض إرادته وهو يخضـــع بشـــكل مطلق للتوجهات الخارجية، فقط ن فلابد من توفر قدر مرتفـــع مـــن التوجهات الداخلية في شكل منظومة متكاملة من القيـــم والاتجاهـــات

والمعتقدات والسلوكيات، تتسم بالتكامل ووضوح الرؤية والتوجه، كذلك فإن الإرادة تستلزم من الفرد أن يكون لديه القدرة علي إرجاء الإشباعات الفورية والمؤقتة وصولا إلي الأهداف بعيدة المدي التي يسعي إليها.

٤ – هل أنت أكثر توجها خارج ذاتك

كل فرد منا له عالمين، عالم داخلي من الأفكار والمشاعر والتصورات والآمال والطموحات وعالم خارجي من التفعيلات والسلوكيات والإنجازات ، وعملية الفصل بين العالمين يعد فصلا زائفا ومتعسفا، وذلك لوجود علاقة تفاعلية ارتباطيه بينهما، فلايمكن أن نتصور فردا يعيش في عالمه الداخلي فقط ، دون إمكانية التواصل والاتصال والتفاعل مع محددات العالم الخارجي، كذلك علي الجانب الآخر لايمكن أن نتصور تفاعل مع المحددات الخارجية دون رصيد من الأفكار والمشاعر والتصورات الداخلية، والشخصية السوية هي تلك القادرة علي الخروج بعالمها الداخلي إلي العالم الخارجي، حينئذ تقول أن توجهاته خارج ذاته، فهو لايركن إلي عالمه الممعن في الذاتية والخصوصية ومن ثم الانغلاق علي ذاته وقطع لغة الحوار بالأبعاد الخارجية، وإنما هو دائم التفعيل والإنجاز الخارجي، وهؤلاء الأفراد هم الأكثر توجها إلي الحياة واهتماما بالناس وبالمواقف والأشياء وتبني الأفكار والموضوعات ذات الصيغة الاجتماعية الإيجابية، والأقدام علي المشاركات والتفاعلات الإنسانية بكفاءة وإيجابية .. علي حين أن التوجه الدائم للذات لن يخلف سوي التقوقع

والتمركز حول الذات ، بكل مايستتبع ذلك من فض لغة الحــوار مــع الآخرين، وضعف التفاعلات معهم، وعدم مشاركتهم.

هـــ – هل لديك القدرة علي تحقيق ذاتك ؟

من أصعب الأمور وأشقها علي النفس أن يجد الفرد نفسه في إطار من التفاعلات الإنسانية مع الآخرين غير قادر علي تحقيق ذاته الفعالـــة، خاصة إذا كانت إمكاناته واستعداداته تساعده علي هذا التحقيق للـذات، وفي نفس الوقت تقف المحددات الخارجية في سبيل هذا التحقيق، هنـا قد يصاب الفرد بالإحباط والإحساس بالعجز والضعف .. مما ينعكـس تباعا علي تفاعلاته وكافة علاقاته مع المحددات الخارجية والداخليـــة معا .. والشخص السوي هو ذلك الفرد القادر علي أن يري ذاته فـــي صورة فعل يحقق له الإشباع الذاتي والمجتمعي، والمجتمعـــات التـــي لاتطرح البدائل ولاتتيح لافرادها فرصة تحقيق ذواتهم، تعد مجتمعـات مريضة في حاجة إلي إعادة صياغـــة وتكويـــن ، بـل أن المبالغـة المجتمعية، في سبيل الوقوف ضد رغبات الأفراد في تحقيق ذواتـــهم، قد يأتي بنتائج عكسية من قبل الأفراد مثل التمرد والعنف والعصيـــان وكافة أساليب الانفعالات السلبية .. لذا فإذا كانت هناك خصائص تميز الصحة النفسية للفرد، فإنه في المقابل توجد خصائص تميز الصحـــة النفسية للمجتمع يتصدرها مدي إمكانية المجتمع في إشـــباع رغبـات أفراده، ومدي توفر وإتاحة الفرص والبدائل الملائمة لكي يحققوا مـــن خلالها ذواتهم.

٦ – هل أنت شخص ناضج انفعاليا ؟

يلعب النضج والاتزان الانفعالي للفرد دورا كبيرا في إضفاء سمة السواء علي تفعيلاته السلوكية، وكلما كانت الاســـتجابات الانفعاليـــة تتناسب وكم وكيف المثيرات المرتبطة بها ، كلما كان الفـــرد أكـــثر اقترابا من دائرة السواء، والعكس يبدو صحيحا، فالشخص السوي هــو ذلك الشخص الذي يضبط انفعالاته ويسيطر عليها ويتحكم فيها، حتـــى يتمكن من إتمام عمليات التفاعل مع محددات العالم الخارجي بكفـــاءة وموضوعية.

الفصل الثاني

الصحة النفسية.. النظريـــات

الفصل الثاني

نظريات الصحة النفسية

تعددت النظريات التي تصدت بالتفسير لمفـــهوم الشـــخصية علـــي اعتبـــار أن هذا المفهوم يمثل حجر الزاوية في فـــهم الصحـــة النفســـية للفرد، ســـــــواء من منظور رؤية الفـــرد وإدراكه لذاتـــه.. أو مـــن منظور رؤية الآخرين لهذه الذات .. ليس فقط من خلال الإطار الوصفـــي للأعراض والسلوكيات، وإنما كذلك من خلال الإطار البنائي والتفســـيري والتحليلـــــي لهذه الأعراض.. وينبغي الإشارة إلي أن هذه النظريـــات تمثل مجموعة من الافتراضات التي تفسر العالم النفسي للفرد، ومن ثمـــة صحته النفسية أو اعتلالها، ولكن تصبح تلك النظريات قابلـــة للتصديـــق والموضوعية العلمية ينبغي أن يتوفر لها عدة شروط يتصدرها أن تكـــون تلك النظريات مترابطة ومتماسكة وهـــي تتصـــدي للمحـــددات النفســـية موضوع التناول والطرح، الأمر الذي يجعلنا لانقبل النظريـــة إذا كـــانت تنطوي علي تناقضات وعدم الثبات والانتظام المنطقي، كذلك ينبغي علـــي النظرية أن تكون ذات صلة وثيقة بالواقع، ومن ثم تكون قادرة علـــي أن تقدم لنا بعض التوصيات التطبيقية التي تفيدنا في تعديل وتغيير الحـــالات المضطربة لكي تعود مرة أخري إلي معيار السواء أمـــــا عن الشرط الثالث فهو يتضمن مدي شمولية النظرية s بحيث تستطيع أن تجيب وبعمق علي كافة التساؤلات المطروحة من خلالها.. ووفقاً لهذه الشروط الثلاثـــة

مجتمعة تم الاستقرار علي بعض النظريات الأكثر شيوعاً والأكثر ترابطـاً وصلة بالواقع وأكثر شمولية في مجال الشخصية.

(أ) نظرية التحليل النفسي ومفهوم الصحة النفسية.

كان هدف فرويد منذ البداية هو تطوير نظرية شاملة عن الإنســانية، لذلك كان يعتبر دراسته للعصاب وسيلة أو طريقـــه لدراســة العمليــات النفسية بصورة عامة، فقد اكتشف فرويد من خـــلال عملـــه العيــادي أن مرضاه يأخذون وقتاً طويلاً في عملية استعادة بعض الأحـــداث الماضيـــة التي سبق أن عايشوها في فترات طفولتهم، الأمر الذي جعلـــه يـــدرك أن هناك بعض القوي الداخلية التي تحول بين المريض وإدراك تلك الأحداث، وقد أطلق علي هذه القوة أسم المقاومة Resistance وأن هذه المقاومة هي التي أبقت علي تلك الذكريات في حيز اللاشعور غـــير المعلـــن، والـــذي يمارس تأثيراته دون إمكانية الحكم عليه خارجياً، ولكي نستطيع التعـــرف علي مضمون تلك المكبوتات التي تحول المقاومة دون تفعيلـــــها، ينبغـــي التغلب عليها وإضعاف شدتها حتى نتمكن من الوصول إلي البنية التحتيـــة التي تتضمن بدورها الصراع والرغبات المستهجنة والتي لـــم تتـــح لـــها إمكانية التعبير المباشر من خلال "الأنـــا" المســئول عـــن مبـــدأ الواقـــع الخارجي.. وقد خلص فرويد من هذه المرحلة إلي وجود نقطتين الأولـــي تتمثل في الكبت أو القوة التي تجعل الأفكار لاشعورية، والمقاومـــة التـــي تحول دون خروج المكبوتات .. وهذا التصور الثنائي أرتبط منطقياً بالفهم الديناميكي للعمليات اللاشعورية التي لايعي الفرد بوجودهـــا وفـــي نفـــس الوقت تمارس تأثيراتها عليه .. وفي هذه النقطة تحديداً يمكـــن للفـــرد أن

يعاني من بعض الأعراض العصابية ومع ذلك لايعي معناهـا ولايـدرك مغزاها ولنضرب مثالا توضيحيا من خلال أحد المرضي العصابيين الـذي نجده مدفوعا للقيام ببعض الطقوس الحوازية وتسيطر عليه بعض الأفكـار الوسواسية التافهة، وعلي الرغم من معرفه المريض بمـدي تفاهـه تلـك الأفكار والأفعال إلا أنه لايستطيع التخلص منها إراديا .. كذلك الشـخص الذي يخاف من بعض الأشياء التي لاتسـتدعي الـهلع بحكـم طبيعتـها النوعيـة إلا أنه لايستطيع إراديا التخلص مـن تلـك المخـاوف .. لأن الديناميات التي افرزت كل من لأفكار الوسواسية والمخاوف المرضيـة تنبع في اللاشعور .. وتحول المقاومة دون ظهورها بالشكل المطلـوب .. وبمرور الوقت اكتشفت فرويد أيضا أن الأفكار والرغبات التي تقبع فـي اللاشعور عادة ماتتسم بالاستهجان والنبذ وهذا هـو السـبب فـي عـدم ظهـورها علي مسرح الشعور، خوفا من تلقي اللـوم والعقـاب والنبـذ والفجاجه من الآخرين، كذلك وجد فرويد بعض الأفكار التي هي أقل حـدة من منظور الاستهجان قد يحتفظ بها الفرد في مستوي مـاقبل الشـعور، فأحيانا تخرج للشعور وأحيانا أخري ترتد إلي اللاشعور .. و اكتشـف أن المكبوتات لاينتهي دورها بمجرد تراكمها في اللاشعور وإنما تظل تمارس تأثيراتها علي الفرد في صورة عدة أشكال للتعبير، عن منها استخدام حيـل وأساليب التوائية غير مباشرة، فالتلميذ الذي أصيب بشلل هستيري في يـده حينما نهره المعلم .. فإن الشلل في هذه اليد قد يعني شلل العضـو الأثـم الذي أراد أن يمتد ويضرب المعلم "صورة الأب" .. أو قد يكون شلل اليـد رمزيا بديلا عن العجز والدونية وعدم القدرة علي الفعل (الخصـاء) .. أن

هذه النتيجة المستخلصة من نظرية التحليل النفسي قد تشير بوضوح إلي أن كثير من الأفراد قد يطورون أنواعاً من الصراعات قد تكون نتيجة للقوي المكبوتة في اللاشعور، ولنضرب عدة أمثلة توضيحية في هذا الصدد.

أ – فالفتاة الصغيرة السن التي ترفض باستمرار الشباب الذي يتقدم لخطبتها، تحت مبرر شعوري أنهم صغار ولايستطيعون تحمل المسئولية ... وأنها تريد رجلاً كبيراً ناضجاً قادراً علي تحمل المسئولية، فهي تبرر شعورياً أسباب الرفض، علي حين تبحث لاشعورياً عن صورة الأب في صورة الرجل الناضج .. والفتاه في هذه الحالة لاتعي ولاتدرك البناء الديناميكي اللاشعوري الذي دفعها لمثل هذا الاختيار

ب – كذلك الشاب الذي يهاب كل رموز السلطة ولايستطيع الإقدام نحوهم أو الاقتراب منهم أو التفاعل معهم. وإذا أتيحت له الظروف لكي يتفاعل معهم فهل يميل إلي الانسحاب والخوف والارتباك وعدم القدرة علي توكيد ذاته، مع إحساسه بالعجز والدونية والضعف، أن هذا الفرد قد يكون خائفاً لاشعورياً من صورة الأب القاس والمترسبة عبر اللاشعور، ثم حدث تحويل ونقل لذلك الخوف لكي يمتد لكافة رموز السلطة البديلة للأب .. ومع تطور نظرية التحليل النفسي اكتشف فرويد أن بقاء الرغبات المكبوتة في اللاشعور وممارسة تأثيرها علي الشعور، قد تتخذ طابع التحويل من الإطار المستهجن إلي الإطار الإيجابي وقد أطلق علي

هذه العملية أسم التسامي أو الإعلاء، فالشخص الــذي يعــاني مــن بعض الصراعات الداخلية المتضمنة الرغبة في العدوان والاعتــداء علي الغير، قد يميل هذا الفــرد لاشــعورياً بفعــل التســامي إلــي ممارســة بعض الموضوعات والأنشطة التي تستقطب بدورها ذلـك العدوان وتحوله إلي شكل مقبول اجتماعياً "التفــوق فــي الألعــاب العنيفــة" لكل ماسبق يمكننا الإفادة من هذه الجزئية التحليليــة فــي الوقوف علي ثلاث نقاط.

(أ) مساعدة الفرد علي تذكر الأحداث المنسية.

(ب) تخفيف حدة المقاومة التي تحول دون إخراج هذه الذكريــات إلــي حيز الشعور.

(ج) الوقوف علي الانفعالات المكبوتة التي تبحث دائمــاً عــن مجــالات للتعبير فالأفراد الذين لايستطيعون التعبير عن رغباتهم اللاشــعورية المكبوتة، قد يجدون أنفسهم دون وعي منهم - يمارسون ســلوكيات وينفعلون ببعض أشكال الانفعالات التي ترتدي أشكال مقنعــة مــن التعبير غير المباشر، كأن يتخذ الاتجاه العدائي من المرأة صــورة القيام ببعض الحملات الدعائية للهجوم علي فكرة عملها، أو الإقــلال من شأن دورها المجتمعي .. الخ وقــد طالعنــا فرويــد بأســلوبين لمحاولة الاقتراب من الرغبات اللاشــعورية أحدهمــا يتمثــل فــي التداعي الحر والآخر يتمثل في تأويل وتفسير الأحــلام والــهفوات وزلات اللسان والأعراض المرضية العارضة وقد يلجأ الفرد إلــي

ميكانيزمات الدفاع حرصاً علي بقاء المكبوت كما هو ، فقد نجد بعض الأفراد لايدرك سر العداء الدفين لأحد أقاربه أو أحد معلميه، فميكانيزم الكبت هنا قد حال بينه وبين التعبير عن المصدر الأصلي الداخلي، وقد يلجأ أحد الأفراد إلي توجيه اللوم والعتاب بل والعقاب أحياناً لأحد الأشخاص بسبب عمل قام به هو شخصياً ، هنا نجد بوضوح ميكانيزم الإسقاط، وقد نجد شخصاً يعامل آخر يكرهه بمزيد من البشاشة والترحيب والمبالغة في شئ علي حساب شئ أخري مخالف له تماماً هنا نجد بوضوح ميكانيزم التكوين العكسي.. كذلك قد نجد بعض الأفراد الراشدين يميل إلي الانزواء أو كثرة البكاء أو قضم الأظافر أو مص الإبهام أو الفجاجة في التعبيرات الانفعالية علي حين أن الموقف المؤثر "الضاغط" لايتناسب وطبيعته الراشدة الناضجة، حينئذ نستطيع القول بأن هذا الفرد قد واجه الموقف الراشد بميكانيزمات طفلية نتيجة لميكانيزم التثبيت ومن ثم النكوص .. كذلك قد نجد الشخص يلجأ إلي تبرير أفعاله وتصرفاته ونسبتها إلي قوي وظروف خارجية بعيدة عن قدراته الذاتيه .. حتى يحتفظ بصورة ذاته ولايعي مدي ضعفها .. كذلك قد يميل الفرد إلي التقليد اللاشعوري لأحد أبويه في تصرفاته وانفعالاته وسلوكياته دون أن يكون واعياً إلي ذلك الفعل عن طريق ميكانيزم التوحد Identeficaton .. كذلك قد يميل الفرد إلي تفريغ طاقاته العدوانية في موضوعات لاترتبط في الواقع بمصدر العدوان، كأن يتلقى الإحباط من رئيسه في العمل، ثم سرعان مايقوم بإزاحة

طاقة العدوان المرتدة من المصدر الأصلي إلي مصادر بديلة، كـأن يضرب أبناؤه أو يصب جام غضبه علي زوجته.

خلاصة القول أن نظرية التحليل النفسي يمكن أن تـثري مفـهوم الصحة النفسية إذا أردنا التعرف علي الأسباب التي تكمن خلف العديـد من سلوكياتنا وأفكارنـا، ومحاولـة التخفيـف مـن حـدة الانفعـالات المصاحبة للعديد من الذكريـات اللاشعورية المكبوتة، والتي كثيراً مـا تمارس تأثيراتها السلبية، دون قدرة ذاتيه من الفرد للتعـرف عليـها أو تحديد مصادرها.

ب – علم النفس التحليلي Analytical – Psychology

تأتي نظريـة علم النفس التحليلي لكارل يونج تطويـراً لنظريـة التحليل النفسي لفرويد .. وقد تعرض يونج للعديد من الموضوعات التـي تخدم مفهوم الصحة النفسية والعلاج النفسي، يتصدرها فكرته عن القنـاع "البرسونا" .. فهو يري أن كل فرد منا يرتدي برسونا من أجـل تحقيـق متطلبات مجتمعه، وهذه البرسونا تمثل الوسيط بين ذاته الحقيقيـة وبيـن مجتمعه، وتجاهل وضع هذه البرسونا قد ينطوي علي العديد من المخـاطر حيث يصبح الفرد حينئذ متمرداً وغير اجتماعي، ومن ثم يعد شـاذاً عـن جماعة الانتماء .. ومكمن الخطورة هنا أن الفـرد أحيانـاً يتوحـد مـع البرسـونا الخاصة به والتي وضعتها الجماعة له، (البردعه الاجتماعيـة) وذلك علي حساب ذاته الحقيقية.. مع كل مايستتبع ذلك من مظاهر التخبـط والعشوائية والازدواجية .. ومن الواضح وفقاً لآراء يونج في البرسونا أنه

لكي تكتمل ملامح الصحة النفسية بشكلها الإيجـابي، لابـد للفـرد مـن ممارسة البرسونا "الأدوار الاجتماعية " وفي نفس الوقت التعبير عن ذاتـه الحقيقية بما لايتعارض مع تلك البرسونا أو برسـونات الآخريـن.. مـع التحذير بعدم ترك البرسونا حتـي لايقـع الفـرد فـي دائـرة اللاجتماعية .. وهذه الفكرة النظرية تساير تماما فكرتي التوافـق الذاتـي والتوافق الاجتماعي مـن حيث أن كليهما يؤديان إلي بنـاء نفسـي مكتمل يتسم بالإيجابية والتكاملية والشمولية ، دون الميل لإحداهـا علـي حساب الأخرى .

كذلك تعرض يونج لمفهومي الانيما والأنيموس والمقصود بالأنيمـا الجانب الأنثوي في الرجل اما الانيموس فهو يمثل الجانب الذكـري فـي المرأة .. ويري يونج ضرورة ظهور بعض سمات الجنس الآخر في هـذا الجنس، من اجل أن نتجنب شخصية الجانب الواحد أو عدم التوازن لـو أن الفرد أظهر السمات الخاصة بجنسه فقط .. وتقتضي الصحة النفسية مـن الفرد التمثل بالأدوار والخصائص المميزة لجنسه في إطار من التكامل مع الجنس الآخر .. أما صراع الأدوار وقلبها بين الجنسين فسـوف يـؤدي بدورة إلي التعارض والتضاد، الأمر الذي يترتب عليه عدم قـدرة الفـرد علي استكمال تفاعلاته الاجتماعية بعيدا عن الأدوار المتوقعة منه إذا مـا تمثل خصائص الجنس الآخر، فالخنثوية النفسية والسلوكية مرفوضة فـي إطار المحكات والأطر المرجعية المتعارف عليها لدي الجماعـة، حينئـذ يبدو الفرد ملفوظا ومرفوضا، الأمر الذي يجعل سلوكه الخارجي أقـرب

إلي الاضطراب وعدم السواء، ومن ثم انخفاض معدلات الصحة النفســـية لديه، فالذكورة والأنوثة للتكامل وليست للتنافر والتضاد.

وفي إطار نظرية يونج في علم النفس التحليلي، يطالعنا يونج بفكرته عن الاتجاهات حيث يري أن هناك نوعين من الاتجاهات أحدهما أطلـــق عليه النمط الانطوائي وهو الاتجاه الذي تظهر فيه النفـــس متجهـــه نحـــو الداخل "ذاتي" .. والنمط الانبساطي وتكون فيه النفس متجهه نحو الخـــارج "موضوعي" .. ويبدو بوضوح من خلال هذا التقسيم ليونـــج أن اعتكـــاف النفس الإنسانية علي أي من الاتجاهين ورفض الآخر، سيؤدي في المقـابل إلي عدم السواء واضطراب العلاقة التفاعلية، فلكي ينعم الفرد بمعـــــدلات مرتفعة من الصحة النفسية عليه الاتجاه نحو الخـــارج، وتفعيـل قدراتـــه وتصوراته وإمكاناته في إطار الموضوعات الخارجية، وفي نفس الوقـــت عليه إشباع ذاته الداخلية، لكي يتحقق الانسجام والتكامل معاً بيـــن ذاتيتـــه الفردية الخالصـــة وذوات الآخرين الذين يمثلون الموضوعات الخارجيـــة بكل ما تتضمنه من معايير وأطر ومحكات .. ويري يونج أن هناك بعض الوظائف ينبغي علي الفرد القيام بها إذا أراد إدراك البيئة بشـــكل صحـــي يتصدرها الإحساس Sensation والذي يلعب دوراً كبيراً في إدراك البيئة والأشياء من حولنا، ثم تأتي وظيفة التفكير Thinking والتـــي تضطلـــع بفهم البيئة وطرح المعاني المرتبطة بها .. ثم وظيفة الشـــعور Feeling والتي تتضمن بدورها إعطاء المعاني القيمية والأحكام علي الأشـــياء فـــي إطار مايملكه من خبرات سابقة ومعـــاني معرفيـــة، ثـــم يـــأتي الحـــدس Intuition والذي يمثل إدراكاً بواسطة اللاشعور .. ويري يونج أن هـــذه

الوظائف الأربع تمثل مجموعتين مزدوجتين (التفكير – الشعور) (الحـدس – الحس) فالمجموعة الأولي تمثل وظائف منطقية أما الحس والحدس فهي تمثل الخبرات الآنية، ويري يونج أن أحد هذه الوظائف يبدو مسيطراً علي كل فرد ومايقابله يعتبر ناقصاً أو قاصراً، ولكي يصل الفرد إلـــي حالـــة معتدلة من الصحة النفسية لابد من حدوث الاتساق بيـــن هـــذه الوظـــائف المتعددة، بل أن اضطراب إحداها أو في حالة قصوره أو ضعفه ، علينـــا أن نتوقع حدوث القصور علي بقية الوظائف الأخرى ..! فالشخص الـــذي يعاني من اضطراب الإدراك "الهلاوس" ... والذي يسمع أصواتاً لاوجـود لها أو يري أشياءً متوهمه لاوجود حقيقي لها .. قد يتبلور تفكيره ووعيـــه وفهمه للعالم انطلاقاً من هذه الدائـــرة الادراكيـــة المضطربـــه، ونظـــراً لاضطراب هذين الجانبين (الإدراك – التفكير) فإن الجانب المتمثـــل فـــي الشعور والوجدانات والانفعالات سيعتريها تباعاً الاضطراب، لان الحكـــم علي الأشياء حينئذ سيكون معتمداً علي مقدمات خاطئـــة مـــن الإحســـاس الخاطئ والتفكير غير السليم، ولذلك ليس من العجيب أن نجد من ينفعـــل بالبكاء أو الضحك الشديد أو الحزن المفرط علي موضوعـــات لاتســـتحق بحكم طبيعتها النوعية كل هذا الكم والكيف من المشاعر.

جـ – علم النفس الفردي Individual Psychology

يركز الفرد آدلر صاحب هذا الاتجاه علي أهمية المجتمع البشـــري، فهو يري أنه ليس مهماً في تطوير الشخصيـــة الفردية فقط، بـــل أيضـــاً لتوجيه كل سلوك وانفعال في حياتنا، ويدلل آدلر علي ذلك بـــأن الإنســـان يمكنه التخلي عن نزعاته الفطرية تحقيقاً لأهدافه وتصوراته الإنسانية التـــي

تدعمها الجماعة وترضي ذاته .. فالشخص قد يرحب بالموت والفناء بـدلاً من خيانة الجماعة، كذلك الشخص قد يمتنع عن تناول الطعام والشــراب إضراباً واحتجاجاً علي أفكار ومبادئ وسلوكيات لاتتناسب وبنـــاء ذاتـه وإطاره الذاتي الداخلي، فالإنسان يعمل بصفة دائمة علـي تكييـف نفسـه لظروف وأوضاع البيئة، وتبدو هنا بوضوح ملامح الصحة النفسـية فـي سعي الإنسان لتهذيب غرائزه الفطرية في إطار المتعـارف عليـه مـن الظروف البيئية والأنساق والأطر المجتمعيـة، بمـا يتناسـب وإمكاناتـه واستعداداته الداخلية، كل ذلك يتم في إطـار التحديـد المسـبق للغايـات والأهداف .. فلا نستطيع أن نتصور وفقاً لادلر حركة إنسانية دون وجـود غاية تبررها وتفسر مشروعيتها .. فالتباينـات فـي السـلوك والانفعـال والتصرفات يكمن وراءها هدفاً ما .. وبدلاً من تركيز مجهودتنا علي تلـك التصرفات الخارجية ، علينا حينئذ البحث عن الهدف الذي يفرزها ويحـدد ملامحها " إذا عرف السبب بطل العجب" .. وفي حالـة الوقـوف علـي الهدف الغائي الكامن وراء حركات الإنسان، يصبح من السهل تفسير كـل المظاهر الخارجية في إطار تفسيرها بتلك الغايه المستهدفة من قبل الفـرد، أو الآخرين، وتركيز الاهتمام علي الهدف الذي يسعى الفرد لتحقيقـه قـد يساعدنا في الفهم الخاص بالأعراض والسلوكيات التفعيلية المرتبطة بذلـك الهدف .. سواء كان ذلك الهدف يتسم بالموضوعية والعقلانية أو دون ذلك .. خاصة أن الهدف الواحد قد يتم تفعيلـة إجرائياً من خلال أكـثر مـن طريقة وأسلوب ، وعندما يعرف الفرد هدفه بوضوح فمن الممكن حينئـذ أن يري كيف أن حركاته وسلوكه الشخصي تقع في مستوي واحـد مـع

الأهداف والخطط التي سبق له أن وضعها، وعندما يتصرف شخص مـا بطريقه معينة فإن السؤال البديهي المطروح حينئذ "لماذا تفعـل ذلـك" .. وبمجرد الوقوف علي الدافعية والهدف ، يصبح مـن الميسـور إضفـاء المنظورات التفسيرية علي ما يتخارج منه من سلوكيات وانفعالات وتفكير .. الخ .. ولكن ماذا لو كانت أهداف الفرد خيالية وبعيدة عـن محـددات الواقع المعاش ؟ يري آدلر أنه من الصعوبة التفرقة بين الأهداف الواقعيـة وتلك الخيالية إلا من خلال منظور واحد وهو مدي الفائدة التـي يحققـها الفرد من وراء السعي لتحقيق هذا الهدف أو ذاك .. فالأصحاء نفسيا مـن الناس يميلون إلي اختبار فاعلية خيالهم وتعديل أهدافهم إذ هم شعروا بعـدم جدواها ، أما إذا كانت هذه الأهداف الخيالية تحقق لهم مطالب الواقع فـلا يتخلون عنها .. ويطرح آدلر مفهوما في غاية الأهمية فـي إطـار فـهم الطبيعة النوعية للصحة النفسية مؤداها أن الشعور بـالنقص Inferiority Feelings قد يلعب دورا كبيرا في بلـورة إدراكنـا لذواتنـا ولـذوات الآخرين، وكذلك مدي إدراكنا لكل مايحيط بنا من علاقات تفاعليـة فـي الوقت الذي يؤدي فيه الإحساس بالنقص إلي الاتكالية والاعتمادية ومن ثـم انتفاء الدافع إلي الاستقلالية ، مع كل مايترتب علي ذلـك مـن مشـاعر الضعف والخنوع والخضوع والسلبية وعدم القدرة علي الإقدام وضعـف المبادره والتواني في اتخاذ القرارات وانعدام التوكيديـة وضعـف الإرادة الفردية ... الخ نري أدلر علي الجانب الآخر يقدم لنا وجهة نظر مغـايرة لذلك تماما حيث يري أن مشاعر النقص ليست انحرافا لكنها الأساس لكـل أشكال التقدم والتطوير في الحياة، انطلاقا من فكـرة التعويـض .. ذلـك

المفهوم الأخير الذي لايمكن أن يتحقق مالم يشعر الفرد بمشاعر النقـــص والضعف .. وينبغي الإشارة في هذا الصدد أن إحساس الفـــرد بالدونيـة لايكون دائما وبشكل مطلق دافعا للتفوق والارتقاء والتعويـــض .. إلا إذا كانت هنا جملة من المحددات الأخرى من قبيل مدي وضـــوح الأهـداف والدوافع التي يسعي الفرد لتحقيقها، ومـــدي ســلامة وكفـاءة إمكاناتـه واستعدادته وبناءاته النفسية التي يمكن من خلالها تحقيق تلـك الأهـداف، كذلك التغذية الراجعة المتمثلة في مشروعية قبولـــه وتـأييده مـن قبـل الجماعات التي ينتمي إليها، والظروف الموقفية التي يتفاعل معها .. الأمر الذي يجعلنا لانقبل بشكل مطلق الدعوه الراميـــة إلـي أن كـل ضعـف وإحساس بالدونية يعقبه إحساس بالقوة والتمـايز والأقـدام نحـو الأمـام "التطوير /التحديث" .. وإلا فماذا نقول عن مشاعر الدونية التـــي ترتبـط بتحقيق أهداف ذاتيه لدي الفرد، من قبيل المكاسب التي يمكنه الحصـــول عليها نتيجة ضعفه، حينئذ يصبح الضعف في حد ذاته هدفًا غائيا يســـعي الفرد إلي تحقيقه بشتي الأساليب والطرق التفاعليـــة ... وقـد أثـــار الفـــرد آدلر في كتاباته المتأخرة حينما تعرض لمفـــهوم أسـلوب الحيـاة Style of life إلي أهمية الأخذ في الاعتبار القوي البيئية التـــي تســاعد الفرد وتعدل اتجاهاته، الأمر الذي يجعل لكل فرد منا أسلوبه المميز فـــي الحياة، بحيث لايوجد فردان لهما نفـــس الأسـلوب .. وذلـك لاختـلاف الأهداف الداخلية "الموضوعية – الخيالية" وكذلـــك لاختـلاف الظـروف والمحددات البيئية الخارجية. إلا أننا نري برغم الاتفاق مع رؤية آدلر إلي أن هناك جملة من الخصائص والسمات التي يتميز بـــها كافــة الأفـراد،

فالفروق بينهم في هذه الخصائص ترجع للمنظور الكمي وليـس الكيفـي (النوعي) .. فالبشر جميعا يشتركون في خصائص إنسانية واحـدة، إلا أن تلك الخصائص تتباين من حيث الشدة والدرجة، ولعل ذلك ما حـدا بعلـم النفس القياسي وهو ذلك الفرع المعني بإعداد وتصميم الأدوات والمقـاييس النفسية والعقلية، إلي الانطلاق من فكرة التقنين والتي تعنـي ببسـاطه أن الأفراد يتشابهون فيما بينهم من حيث امتلاكهم للخصائص ولكنهم يختلفون في كم مايمتلكون منها " راجع فكـرة المتوسـط الحسـابي والتشـتتات والانحرافات المعيارية بلغة الإحصائيين" . والتسليم المطلق برؤية آدلـر بأن كل فرد له أسلوبه المميز والقاصر عليه فقـط والـذي أطلـق عليـه أسلوب الحياة يدفعنا تباعا إلي افتراض نظري مؤداه وجـود علـم نفـس خاص بكل فرد علي حدة .. وهذا التصور يغاير المنطق والواقع .. فالعلم علم بما هو عام ، ومن ثم تتدرج التفاصيل الجزئية تحت هـذه القوانين العامة .. ولنضرب مثالا توضيحيا في هذا الصـدد .. فـالأفراد الذين يعانون من الخجل الاجتماعي قد يتفقون في عدة خصائص تميز الخجـل الاجتماعي، ولكنهم قد يتباينون في أسلوب كل منهم في مواجهة المواقـف الاجتماعية المحرجة .. وهذا التباين في الأساليب لاينفي وجود خصـائص واحدة تميز هؤلاء الأفراد كجماعة من حيث كونـهم يخـافون للمواقـف الاجتماعية، كذلك فإننا قد نجد أحد الأفراد يمارس طقس اللمـس لبعـض الأشياء عدة مرات ، علي حين أن آخر يمارس بعض الطقوس المتعلقـة بالنظافة، علي حين أن ثالث قد يقع تحت تأثير فكـرة تافهة لايجد منـها فكاكا من أنه سيموت إذا نزل إلي الشارع ، في حين أن رابع قد يجـد ا

مجرد لمسه لبعض الأشياء قد ينقل له المرض وسيتعرض تباعا للموت .. نحن هنا بازاء أساليب متباينة من السلوك .. وأن كانت جميعـــها تنـــدرج تحت مايسمي بالاضطرابات الحوازيه والقهريــــة "الوسواســـية" .. وهـــذا التباين في الأساليب قد يرجع إلي الطبيعة النوعية لديناميـــة الاضطـــراب وظروف نشأته ومدي ارتباطه ديناميكيا بجملة الأسباب المتصارعة والتـــي أفرزت بدورها تلك الأعراض المرضية .. واستطرادا لآراء الفرد آدلـــر نجده يتعرض لما أسماه بالجو العائلي Family – Atmosphere ويلعب هذا المفهوم دورا كبيرا في مفهوم الصحة النفسية للفرد، فالمناخ الذي ينشأ من خلاله الفرد ويتلقي قواعد تربيته وأسس التعامل منه، خاصة في مجال الأسرة تحديدا .. أن هذا المناخ يلعب دورا كبيرا في جعل الفرد متمتعـــا بالصحة النفسية أو غير ذلك ، فالوالدان قد يسهمان في تشـــكيل أســـلوب للحياة خاطئ لدي أولادهما، فالطفل المحروم من ممارسة أبسط حقوقـــه ، ويقع بصفة دائمة تحت ظروف ضاغطـــة، ويتعـــرض دائمـــا للانتـــهاك والاعتماد المطلق علي الكبار دون إتاحة الفرصة له للتعبير الذاتـــي عـــن رغباته ومشاعره وسلوكه، حتما سيتخذ هذا الطفل أســـلوبا للحيـــاة يتســـم بالإعتمادية والانسحابيه من مواقف المواجهة .. وعدم القدرة علي التمـــايز الفردي والوقوع في أسر الجماعة والمسايرة والانصياع لهم، دون أدنـــــي محاولة مني للتقيد عن نفسه "ذاته الحقيقية بلغه يونج" .. كذلـــك الوالـــدان اللذان يفسدان الطفل بأساليب معاملة والديه خاطئة "الإهمال/ اللامبـــالاه/ القسوة / العنف / التذبذب وعدم الاتساق، يجعلان من الصعب عليه تطوير مشاعر اجتماعية ناضجة ويكون اتجاهه عدائيا تجاههم، ومن ثم نحو كافـة

الرموز التي تحمل دلالاتهم من المنظور السيمانطيفي "رموز الســـلطة" .. وإذا لم يفعل الطفل اتجاهاته العدوانية للخارج ، فإنه قد يلجأ في المقـــابل إلي ميكانيزم ارتداد العدوان إلي الداخل، ومن ثم الميل إلي الإقـــلال مـــن قدر نفسه، ويعيش في مشاعر النقـــص والدونيـــة والإحســـاس بـــالعجز، الانسحاب عن المشاركات الإيجابية في عمليات التفاعل الاجتماعي والحياة الاجتماعية بصفة عامة، فالجو العائلي الذي أشار إليه الفـــرد آدلـــر يعـــد بمثابة البوتقة التي تنصهر فيها شخصية الطفل "الراشد فيما بعـــد" .. إمـــا نضجا أو اضطرابا .. ولهذا السبب بعينه فإن الاتجاهات العلاجية خاصـــة التحليلية منها تضع أهمية كبيرة علي الديناميات الحادثة في إطار الأســـرة، للتعرف علي الظروف التي أدت بدورها إلـــي خلـــق ذلـــك النمـــط مـــن الشخصية أو غيره .. بل أن هناك فرعا بكامله يطلق عليه العلاج الأسري Family – Therapy والذي فحواه بأنه لايوجد فرد مريض وإنما أســـرة مريضة .. ومن ثم من غير المجدي التركيز علي أعـــراض الفـــرد مـــع إهمال المصادر المغذية لاضطرابه، صحيح أن هنـــاك مَصـــادر أخـــري للضغوط الخارجية من قبيل الضغوط المهنيـــة والضغـــوط الاقتصاديـــة والاجتماعية قد تساهم في خلق الاضطراب لدي الفـــرد، إلا أن أصحـــاب الاتجاهات التحليلية يرون بدورهم أن هذه المواقف ليســـت الســـبب فـــي اضطراب الفرد، بقدر كونها عوامل مفجرة ومعجلة بظهور الاســـتعدادات المرضية للفرد إزاء مواجهته لها، فقد يتعرض شخصان لموقف ضـــاغط واحد "موت الأب مثلا" ومع ذلك نجد أحدهما يجتاز الموقـــف الضـــاغط باختيار أساليب راشدة وناضجة ، علي حين أن الآخـــر يواجـــه نفـــس

الموقف بميكانيزمات طفلية ممعنة في الاضطراب ، حينئذ يمكننا القـــول بأن الموقف الصدمى قد اخرج ما بداخل كل منهما في صـــورة سلـــوك سوي وآخر مضطرب .. أن فكرة أدلر الرامية إلي ضـــرورة الاهتمـــام بالجو الأسري تحمل العديد من المعاني المرتبطة بمفهوم الصحة النفسـية، يتصدرها أن الصحة النفسية ليست قاصـــرة علي الفرد باعتبـــاره فـــردا واحدا فقط، وإنما يمتد مفهومها ليشمل الصحة النفسية للأسرة، من حيـــث خلوها من الصراعات والأعراض المرضية وعدم التوافق .. وفي ختـــام هذا العرض السريع لآراء أدلر فإنه يري أن العصاب مـــاهو إلا أهـــداف حياتيه غير واقعية أو غائيات خيالية وهمية، فالشخص الذي يشعر بالدونية أو أنه مرفوض من قبل الآخرين خلال مراحل تطوره النفسي، يمكـــن أن يضع لنفسه أهدافا عالية يصعب عليه تحقيقها، مما يصيبه بالتوتر والقلـــق ومن ثم سوء التوافق وبالتالي الوقوع في دائرة العصـــاب، فالعصـــابيون يختارون أسلوب للحياة غير صحيح كوسيلة لتحقيق أهدافـــهم، فـــهم فـــي محاولاتهم للتعويض عن مشاعر الضعف يميليون إلي التعويض الزائد عن الحد والذي ينسب إلي المحاولات المبالغ فيها لتغطية نقاط الضعف والتـــي تتضمن في الكثير من المواقف الاعتماد علي ميكانيزم الإنكار أو التشـــويه للواقع بدلا من التسليم بوضعه الحقيقي، فالفرد الذي يعتمد علـــي أســـلوب القسوة وإجبار الآخرين علي تنفيذ مايرغب فيـــه شـــخصيا دون مراعـــاة لمشاعرهم واتجاهاتهم ومواقفهم المتباينة معه، قد يمارس تعويضا زائدا أو مبالغ فيه بسبب صعوبة تفاعله معهم بطريقة إيجابية مرنة، ويختتم آدلـــر عرضه لمفهومه عن العصاب بما أسماه (كذبـــه الحيـــاة Life – Lie)

ومؤداها أن العصابيين يعيشون كذبة الحياة، ومن ثم فان أسلوب حياتـــهم يتناقض مع قدراتهم وطاقاتهم الواقعية، فهم يـــرون أنفســهم عــاجزين، غيـــر فعالين، غير قادرين، نتائج أفعالهم محكوم عليها بالفشل في حــال الشــروع في تفعيلها أو القيام بها، في حين أنـــه فـــي الواقــع يمكـــن علاجيــا مساعدتهم فــي الوقــوف وبكفــاءة وإيجابيــة علــي قدراتــهم وتطويرها وتجويــدها ومن ثــم وضع أهداف حقيقية غير خيالية لـــهم .. فالعلاج الأدلري يستهـــدف في النهاية مساعدة المريض علي اســـتعادة حسه الواقعــــــي فاحصا وكاشفا تلك الأخطاء الموجودة فـــي أهــداف وأساليب حياته، مع مواجهة المشاكل الحاضرة وتطوير وسائل بناءه فـــي التعامل معها.

(د) التحليل الاجتماعي الإنساني Huimanistic , Sociol Analysis

يري إيرك فروم صاحب هذا الاتجاه أن الإنسان في حاجة لكي يشبع خمس حاجات أساسية وهذه الحاجات تنبع من وجودنا ويجب تحقيقها مـــن أجل أن نتطور ، بل إننا نخلق المجتمع نفسه من أجل تحقيق هذه الحاجات الأساسية.. لذا فإن نوع المجتمع الذي يضعه البشر ويؤلفونه يلعـــب دورا كبيرا في تحديد الأسلوب أو الطريقة التي يتم من خلالها هذا الإشباع، فإذا أتاح المجتمع للفرد فرصة إشباع هذه الحاجات أو بعضها، يكون بذلك قــد أتاح له فرصة التطور والتقدم نحو التكاملية، والعكس يبدو صحيحا تمامـا من حيث وقوف المجتمع في وجه تطور الفرد وتقدمه عن طريـــق عــدم إشباع حاجاته وعدم إعطائه الفرصة لتحقيق هذا الإشباع، ويدلـــل ايــرك فروم علي ذلك بالمجتمع الرأسمالي الذي يربط بين كسب المال وتكويـــن

هوية الفرد " أنا مشبع طالمـا أمتلك المال" .. وهنا نصبح بازاء أشـخاص غير متمتعين بالصحة النفسيـة في المجتمعات الرأسمالية في حال فشـلهم في تحقيق الثروة وكسب المال، وقد أطلق فروم علي هذا الوضع "بالمأزق" ولايصبح أمام هؤلاء البوساء سوي البحث عن وسائل آخري يحققون مـن خلالها هويتهم وتمايزهم وتفردهم، حتي لو كان هذا التمايز هو الانشـقاق علي الجماعة والتمرد عليها، فالإنسان مالم يستطيع تحقيق أهدافه وبنـاء هويته بشكل بناء ، فإنه يصبح حينئذ قوه هدامة، فالخضوع والسيطرة مثلا يمكن أن تصبح بديلا للعلاقة الودودة ".

ويري إيرك فروم أن هناك خمس من الحالات الرئيسية علي الفـرد إشباعها في ظل مجتمعه وإلا تحول إلي النقيـض مـن حيـث إحساسـه بالاضطراب وعدم التوافق، يأتي في مقدمة هذه الحاجـات الحاجـة إلـي الارتباط 'Relatedness.. فالفرد يولد وسط أناس آخرين، ولكي يشـبع رغباته وحاجاته اليومية فهو في المقابل في حاجة إلي الارتباط بهم " أخـذا وعطاء .. ولايمكن تحقيق هذه العلاقة الديناميكية إلا بمنطق الود والمحبـة ومشاعر الدفء بعيدا عن مشاعر العداء والعنـف والقسـوة، لان تلـك المشاعر الأخيرة قد تحول دون تحقيق هذا الارتباط، وحتي في الحـالات التي يتم فيها الارتباط بين الناس نتيجة استخدام أساليب القسـوة والقـوة والعنف، فإن هذا الارتباط سرعان ماينقلب إلي تفكـك وانـهيار .. فلكـي يصبح الفرد متمتعا بمعدلات إيجابية من الصحة النفسية عليـه الارتبـاط بالآخرين بوشائج من العلاقات التي تغلفها مشاعر الود والحـب .. ودون تحقيق هذا الإشباع نصطدم بكافة أشكال الانعزالية والانطوائية والسـلبية

واحادية الرؤية والنزعات التسلطية والجمود في الشخصية .. الخ أما عـن الحاجة الأساسية الثانية التي ينبغي إشباعها تحقيقا للهوية الإنسانية وهـي ظاهرة "السمو Transcendence" فالفارق الجوهري بين الإنسان وبقيـة الكائنات الحية الأخرى، أنه قادر علي التسامي والارتقاء فـوق رغباتـه الحيوانية، تحقيقا لدوافعه الارتقائية غير الافتقارية، وكلما ركن الفرد عنـد مستوي الإشباع الاقتصادي فقط " ودوافعه الفسيولوجية والبيولوجية فقـط " دون محاولة الاقتـراب من دوافعه الإنسانية والتي تتسامى وتتعالى فـوق تلك الأهداف الفسيولوجية والبيولوجية، كلما كانت معدلاتـه مـن التمتـع بالصحة النفسية ضئيلة بل ومنعدمة أحيانا ... ويندرج تحت هـذا البعـد اهتمام الإنسان بكل مايتصل بالإنسانيـة من قضايا ومحددات، وينـدرج تحتها أيضا الإحساس بإنسانية الآخرين، وتقديـر مواقفـهم ومشـاركتهم وجدانيا ، والعمل علي مساعدتهم والتعاون معهم تحقيقا لمعاني الإنسـانية التي تعطي للإنسان منا قدرا من التمايز الإنساني، فالإنسان الخامل الحـاقد غير الحيوي الذي لايبحث عن الاشباعات الذاتية الإنسانية يعد في درجات أقل "دنيا" .. لأن ميزة الإنسان في إنسانيته التي تميزه عمن سـواه مـن الكائنات الأخرى فالإنسان ليس مجرد جسد يسعي دوما للإشـباع فقـط " مأكل، ملبس ، مشرب ، ترفيه .. الخ ولكنه فوق ذلك مشاعر ووجدانيات وأفكار وتصورات وطموحات إنسانية، سواء في نظرته لذاته أو في نظرته للآخرين ... أما عن الحاجة الأساسية الثالثة فهي الأصوليـة أو الحاجـة للارتباط بالجذور Rootedness ، فالإنسان في حاجة إلي جماعة انتمـاء يشعر من خلال انتماءه لها بالقوة يتوحد بها ويدافع عنها ، تشبع له رغباته

ويشبع هو في المقابل رغباتها كجماعة، هذه الجماعة تمثـل لـه إطـارا ومحكا مرجعيا، وبقدر الانتماء وافتقاد التبعية لجماعة ما، بقـدر ضعـف الفرد وإحساسه بالعزلة ومن ثم اضطرابـه واعتلال صحته النفسـية، أن هذه الدعوة التي رفعها ايرك فروم منذ ١٩٢٢ تفرض نفسها الآن وبقـوه علي مسرح الأحداث ونحن في بداية الألفية الثالثة مـن حيث الدعـوة الكاسحة إلي العولمة ودعوة الدول الكبري إلـي ضـرورة امتثـال كـل المجتمعات لجمله من المعايير والأنساق الاجتماعية السياسية والاقتصاديـة والاجتماعية والتربوية ، تحت شعار أن العالم أصبح كتله واحدة، ومن ثـم لامجال للتباين والاختلاف بينها ... صحيح أن المجتمعات في حاجة إلـي التطوير والتحديث ومواكبة لغة العصر، إلا أن ذلك لاينفي فـي المقـابل التخلي عن الأصول التي تميز كل مجتمع عن غـيره مـن المجتمعـات، فالتحديث لايعني التخلص من الأصالة .. والتحديث لايعني رفض القديـم والتخلص منه، والتحديث لايعنى زوبان الفرديات والتمايزات المجتمعيـة في إطار مصطلح عام يسمي "الإنسانية" فالصحة النفسية سواء كانت علـي مستوي الفرد أو الصحة النفسية للمجتمع ككل، تتطلب منا السـعي نحـو تحقيق أكبر قدر ممكن من الأصالة والمعاصرة معا، دون الوقـوع فـي مأزق تبني إحداها علي حساب الأخرى .. ولعل ذلك يرتبط ارتباطا وثيقـا بالحاجة الرابعة الأساسية وهي الحاجة إلي الإحساس بالهوية Sense of identity .. إذ كيف يستقيم لفرد الإحساس بهويته المتفردة والمتميزة فـي ظل الذوبان الكامل للجماعة أو المجتمع، فوحدة الجماعات تعتمد علي مدي التكامل بين الأجزاء المتباينة تحقيقا لأعلي معدلات ممكنة من التطـور ،

ولانستطيع أن نتصور علي المستوي النظري تشابه كـل البشـر أو كـل المجتمعات .. لأن التشابه حينئذ سينفي عنصرا هاما من عناصر التطـور والارتقاء والديمومة والديناميكية .. إلا وهـي فكـرة الصـراع وجمـاع الاطروحات والسعي المستمر نحو تحقيق التفرد والتمايز .. لكل ماسـبق فإنه بقدر سعي الفرد إلي الإحساس بهويته وتأكيد ذاتيته في إطـار مـن الأصاله والسمو والارتباط، بقدر تحقيق المعدلات المطلوبة لصحته النفسية .. ثم يأتي أخيرا حاجة الإنسان إلي إطار مـن التوجـه Orientation، فالإنسان لايستطيع ممارسة حياته وتحقيق أهدافه وهو يفتقد فـي المقـابل نقطة الانطلاق التي تحدد مسيرته، وترسم له خطي الطريـق نحـو هـذا التحقيق للأهداف .. الأمر الذي يعني أن صحة الفرد النفسية تتطلب منـه أن يكون لديه إطارا واضـحا من التوجهات وأن يكـون واعيـا بـها .. وبكيفية تحقيق أهدافه في ظل وعيه الذاتي بإمكاناته ووعيـه الاجتمـاعي بأبعاد وحدود الجماعة موضوع الانتماء .. أن هـذه الحاجـات الخمـس الأساسية (الارتباط، السمو، الأصولية، الإحساس بالهويـة، إطـار مـن التوجه" .. قد لا يستطيع الفرد الواحد تحقيقها مجتمعه، وبقدر إشباعه لـها جميعا أو أيا منها، بقـدر إحساسه بالصحة النفسية الأمر الذي يدفعنا إلـي القول بأنه وفقا لايرك فروم توجد عـدة أنماط من الشخصية الإنسـانية، لكل نمط خصائصه الإيجابية والسلبية، فهناك الشـخصيات ذات التوجـه المتقبل (Receptive) وهؤلاء الأفراد يعطون للظـروف والمـحددات الخارجية درجة عظمي من الأهمية، ويقللون تباعا مـن درجـة أهميـة مابداخلهم من أفكار ورغبات ومشاعر، لذا فهم دائمي التعظيم لكل مـاهو

خارجي، يؤمنون به ويصدقـونه ويقللون من أهمية ما بداخـل ذواتـهم، فردود أفعالهم تأتي دائما سلبية وينتظرون الحب من الآخرين، بل ويقعـون تحت رحمتهم، فالآخرون هم الذين يخططون لهم، ويساعدونهم في التنفيذ، ووجهة الضبط لدي هؤلاء الأفراد خارجية ولاشك أن هـذا النمـط مـن الأفراد يعاني من اختلال الإحساس بالصحـة النفسية، لأن الآخر مـهما عظم شأنه فهو ذات مستقلة لها إطارها وتصورها وإمكاناتها والتـي قـد تتباين مع طباع واستعداد وتصورات وإمكانات الفرد الخانع لهذا الآخر .. لذا فالانصياع تحت لواء الآخر وأن كان يحقق بعض الإشباعات، إلا أنـه في الكثير الغالب يؤدي إلي العديد من أوجه الصـراع والتضـاد وعـدم التقبل مما ينعكس بالسلب علـي الحالة النفسية والانفعالية للفـرد، فمـن شروط الصحة النفسية الإيجابية قدرة الفرد علي تحقيق التوافـق الذاتـي والمجتمعي معا.

وهناك نمط شخصية آخـر يختلف عن النمطيـن السـابقين، ففـي الوقت الذي يري النمط المستقبل والنمط المستغل أن الآخر لديه مـايمكن الحصول عليه لإشباعهما ..سواء عن طريق توقع الإشباع من الآخـر أو استغلال هذا الآخر والحصول علي الإشباع منه رغما عنـه، إلا أن هـذا النمط الثالث ذو التوجه السياجي Hoarding عادةماينظر إلي الآخريـن نظرة قوامها أنهم لايستطيعون إفـادته، لأنهم لايمتلكون مايمكن أن يحقـق له الإشباع، الأمر الذي يجعلهم يتحوصلون ويتمركزون حول مالديهم مـن أفكار ومشاعر ووجدانات، ويضربون حولها سياجا مـن العزلـة حتـي لايراها الآخرون، وينتهي بهم الأمر تباعا إلي الانزواء والعزلة وضعـف

المشاركة وقلة التفاعل، ولايصبح لديهـم إلا القـدر اليسـير جـدا مـن التفاعلات مع الآخرين .. وهذا النمط من الشخصيات المعُتلة نفسـيا فـي حاجه إلي الإحساس بثقة الآخرين فيهم وأنهم لايرغبون فـي إيذائـهم أو استغلالهم أو الاطلاع علي مابداخلهم لكـي يؤذوهم، وهم في حاجة فـي نفس الوقت لكي يعوا ويدركوا أن الحياة المنغلقة بعيـدا عـن تفـاعلات الآخر، لن تؤدي بهم إلا إلي الإحساس بالوحدة ومن ثـم تقلـص فـرص معطيات حياتيه عديدة، مما ينعكس تباعا عليهم بـالفقر فـي الانفعـالات والأفكار والسلوكيات، فلكي تتحقق الصحـة النفسية لديهم بشكل إيجـابي فهم في حاجة للثقة في ذواتهم والثقة في ذوات الآخرين، علي اعتبـار أن هذين الجانبين معا يشكلان جوهر الوجود الإنساني القائم علي رؤية الذات في الآخر، ورؤية الآخر في الذات .. فإذا ما تم وضع السياجات القاطعـة حول الذات والابتعاد بها عن الآخر، فإن هـذه الذات بمرور الوقت لـن تري نفسها إلا في نفسها، وبالتالي الوقوع في أسر النظرة الأحادية بكـل مايتبعها من مشاعر واتجاهات سلبية .,, هنـاك نمط شـخصية رابـع يمكن أن يطلق عليه النمط التجاري ، فخصائصـه الشخصية لاقيمة لـها إلا إذا حققت أعلي معدلات ممكنة من الإفـادة أثنـاء عرضـها علـي الآخرين، وفقا للتباينات المتعددة في المواقف التفاعلية، فهذا النمط يجـرب نفسه كبضاعة معروضة في السوق، ومن ثم يـري نفسه كسـلعه يجـب بيعها ويطورها دوما وفقـا لآليـات الموقـف "السـوق" .. فالسـمات والخصائص لاتظهر في التو واللحظة إلا إذا كـانت تحقـق لـه بعـض المكاسب، لذا فهم دائمي التلون والتشـكل "انتـهازيون" فهـم يغـيرون أنفسهـم طالما أدركوا أن هذا التغيير سيحقق لهم المكاسب المطلوبـة ..

فإذا كان التاجر يطور ويعدل ويغير من شكل سلعته وطريقة عرضها وفقا لآليات المنفعة الشخصية، لذا فهم من هذا المنطلق شخصيات، جوفاء فارغة، لاينطلقون من مبادئ راسخة في شخصياتهم وإنما تحكمهم الأهواء والميول الموقفية المرتبطة بأكبر قدر من المنفعة الذاتية، وهذا النمط من الشخصية أيضا أقرب إلي الاعتلال في الصحة النفسية منه إلي التمتع بها، وذلك ببساطة لأن تفاعلاته مع الآخر لاتستهدف الارتقاء والنهوض بالأخر في إطار العلاقة التفاعلية معه، وإنما تقوم في الأساس علي تخير وانتقاء أفضل الإيجابيات من هذا الآخر والإفادة منها في ذاته فقط .. وينبغي التفرقة هنا بين مفهومين قد يري البعض أنهما مترادفان .. التكيف مع الظروف الخارجية والتلون مع تلك الظروف، فعلي الرغم من أن التكيف ومواكبة التغيرات التي تحدث في البيئة تعد أحد علاقات الصحة النفسية، إلا أن مفهوم التلون في الشخصية والمواقف والسلوكيات يخرج تماما عن هذا المفهوم الإيجابي، وذلك ببساطة لأن التلون قد يدفع بالفرد موقفيا إلي التنازل عن أفكاره ومعتقداته في مقابل الحصول علي منفعة ما ، وهذا يعد أحد المؤشرات السلبية وليست الإيجابية لمفهوم التكيف والتوافق والمواءمة.

هـ – تحليل التعامل : Transactional .Analysis

يري أيرك بيرن صاحب هذا الاتجاه أننا في علاقتنا مع الذات والآخرين نقوم بتبادل ثلاث أدوار (حالة الطفل Child) (حالة الوالد Parent) (حالة الراشد Adult) وهذه الأدوار الثلاثة التي نادي بها بيرن توازي عناصر تركيب الشخصية عند فرويد (فالطفل = الهو) و (الأب = الانا الأعلى) و (البالغ = الانا) ..

ففي الحالة الأولي وهي حالة الطفل نجد أن كل منا قد أستدمج فـي ثنايـا ذاته الكثير من الذكريات والإيماءات والمشاعر والخبرات التي تلقاها إبـان مراحـل تنشئة الأولي، وبمرور الوقت تصبح جزء لايتجزأ مـن الأنـا الراشد .. ولذلك ليس مـن الغريب أن يتصرف الراشد فـي كثـير مـن الأحيان كطفل .. والدليل علي ذلك الإفراط فـي اسـتخدام مكيانيزمـات التبرير والإنكار والنقل أما في الحالة الثانية وهي حاله الوالد، فالوالد عادة ما يقوم بفرض الأوامر والنواهي وأسس التربية والتعامل علـي الطفـل، والوالد من هذا المنظور يمثـل صورة السلطة الآمرة الناهيـة وبمـرور الوقت يتم أستدماج تلك الصورة في ثنايا الذات، بحيث نستطيع فيما بعـد الاعتماد عليهـا في التعامل مـع الآخرين؟ فنحن نميل كثيرا إلي معاقبـة أو فرض أحكام قيميه علي الآخرين، ونتصرف معهم كأباء لهم .. ومكمن الخطورة في هذه الحالة أن الاستمرار في ممارسة هذا الدور مع الآخرين، قد تثبت دعائم الإحساس بالقهر لدي خاصـة لـدي الحـاملين لمشـاعر الاستقلالية، الأمر الذي يجعلهم رافضين لكافة أشكال السيطرة السـلطوية عليهم .. أما حالة البالغ فهي تنطلق من دوريـن مختلفـين لمـا سـبق طرحه، فهذه الحالة لاتتضمن النزعة الطفلية في التعامل مـع الخـارج ، ولاتتضمن كذلك النزعة الآمرة الناهية للآخرين ، بقدر سعيها إلي البحـث عن المعلومات وإيجاد التوازن بين البدائل، وتقيم الأمور لديها لايخضـع للتهديدات أو الغضب أو ردود أفعال الآخرين .. وينبغي الإشارة هنا إلـي أن الاقتصار علي نمط واحد فقط من هذه الحالات يعد أمرا غير مقبـول؛ إذ أن الفرد يتصرف عامة من خـلال واحدة أو أكثر من هـذه الحـالات الثلاث.

الفصل الثالث

الصحة النفسية .. والاضطرابات العصابية

الفصل الثالث

الصحة النفسية والاضطرابات العصابية

(أ) توجد العديد من الأطر النظرية التي تصدت بالتفسير لنشأة العصاب، يتصدرها نظرية التحليل النفسي، والتي تعد بمثابة البداية الحقيقية لتفسير العصاب تفسيراً سيكولوجياً، خلاف ما كان سائداً من غلبة الجوانب العضوية كأحد المسببات لكافة الاضطرابات سواء كانت عصابية أم ذهانية، فالدراسات الأولي التي أجريت علي مرضي الهستريا التحولية، وعن طريق التنويم المغناطيس أشارت إلي أن المريض أثناء فترة التنويم كثيراً ما يظهر بعض الأعراض التي تحمل في طابعها النزعة السيكولوجية من قبيل العدوان نحو بعض الأشخاص، أو النزعات الجنسية، إلا أن الاهتمام بالأسباب العضوية آنذاك قد حال دون فهم المغزي الرمزي لهذه النزعات، ثم جاء فرويد وأشار بأن هناك قوة ما قد تحول بين المريض والتعبير عما بداخله أثناء اليقظة "مفهوم المقاومة"، الأمر الذي دفعه في المقابل إلي استحداث أسلوب التداعي الحر، بحيث يترك الحرية للمريض وهو في حالة اليقظة لكي يقول ويعبر عن كل ما يرغب فيه، وبالتدريج وجد فرويد أن المريض يمكنه الإفصاح عن بعض الأحداث المؤلمة التي سبق أن تعرض لها إبان مراحل الطفولة، والتي غالباً ما تتسم بالإحباط والصدمات، وقد لاحظ فرويد أنه عقب إدلاء المريض بهذه التداعيات فإنه غالباً مايشعر بالراحة النفسية، وكأنه تطهر وتحلل

من بعض الضغوط الكامنة بداخله، استمرت دراسات فرويد ليميط اللثام عن اللاشعور وما به من غرائز وحفزات عدوانية وجنسية، ويكشف لنا عن منظمات النفس الثلاثة "الهي – الأنا – الأنا الأعلى" فالهي هي المصدر الرئيسي للطاقة البيولوجية التي تعبر عن نفسها في دوافع الحياة والموت، ودائماً مايسعي الهي بدوافعه إلي اللذة ومحاولة تخريج طاقاته دون مراعاة لواقع أو منطق أو معيار، وعند ميلاد الطفل يصبح بكامله (الهي) وبمرور الوقت ومن خلال التفاعل الإنساني مع الآخر، تبدأ المنظمة الثانية (الأنا) في الظهور التدريجي من خلال الآخر وعبرة، بحيث تصبح الأنا مسئوله وبدورها عن الواقع من حيث السعي لإشباع حاجات الفرد ووقايته من الأخطار، والملائمة المنطقية بين رغبات الهي الفجة ومعايير الواقع، بما يحقق الإشباع المزدوج، علاوة علي أن هذه المنظمة الوليدة تعمل علي كبد، الحفزات المستهجنة التي تلقي نوعاً من الصد والعزوف من الأنا الأعلى، والمؤامة بين الحاجات المتصارعة للانا والأنا الأعلى والعمل علي حل الصراع بينهما، والانا الأعلى بوصفه المنظمة الثالثة يعد بمثابة الأوامر والنواهي المستدمجة داخل النفس " وريث العقدة الأوديبية" فألانا الأغلى يمثل المعايير الاجتماعية والحضارية التي يعايشها الفرد، ومن خلال الصراع بين المنظمات الثلاثة تبدأ الأعراض العصابية في الظهور، فالأعراض العصابية وفقاً لهذا المنظور تعد محاولة للتوفيق بين الرغبة ومضاد الرغبة، ولكنها محاولة غير ناضجة ومضطربة، فهي تحقيق مقنع لرغبات مكبوتة، حال الواقع دون

إشباعها وتفريغها بالشكل المطلوب، نتيجة لعمليات الكبت والمقاومة، وقد تطورت الأفكار الرئيسية في نظرية فرويد في بناء الشخصية ودينامياتها من خلال علاجه للعديد من الحالات الإكلينيكية خاصة العصابية منها، فلقد لاحظ فرويد أن الكثير من الأعراض المرضية لاتصدر من شعور الفرد، ولايعي الفرد بمصدرها أو دلالتها، الأمر الذي دفع فرويد إلي القول بوجود مستوي آخر من النفس "اللاشعور" والذي يحوي تباعا في طياته العديد من العوامل المرسبة والمتراكمة عبر العديد من مراحل النمو السابقة، وهذا المستوي يمارس تأثيراته علي المريض دون أن يكون واعيا بذلك، وغالبا مايعبر هذا المستوي عن نفسه في صورة رموز وذكريات غير منطقية ، قد لاتتناسب وطبيعه الزمن والمرحلة العمرية التي يعايشها المريض، وقد لاحظ فرويد أن هناك ارتباطا وثيقا بين الأعراض المرضية العصابية وبعض مراحل النمو النفسي الجنسي للأفراد، الأمر الذي دفعه للوقوف علي المراحل الفمية والشرجية والقضيبية، ومن ثم الربط بينها وبين الطبيعة النوعية للأعراض المرضية (المرحلة الفمية – الاكتئاب والفصام) (المرحلة الشرجية – عصاب الحصار والقهر) (المرحلة القضيبيه – الهستريا الحصرية والتحويلية) .. ويكشف فرويد إلي أن فهم الأعصبه لايكتمل إلا بالوقوف علي مستوي الدافع لدي المريض، فهناك بعض الدوافع البنائية التي تدفع الفرد للحفاظ علي ذاته وممارسة نشاطاته الجنسية المختلفة. وفي المقابل توجد بعض الدوافع التدميرية والتي تعبر عن نفسها في صورة العدوان

الموجهه نحو الذات والآخرين، ومن خلال الصراع بين الأقطـــاب المتضادة، قد تنشأ حالة من التوتر والصراع، غالبـــاً مـــا تظـــهر نتيجتها في بروز بعض الأعراض اللاتوافقية، والتي تسعي بدورها لخفض التوتر ومحاولة العودة إلي حالة الاتزان، وهـــذا الدافعـــان لايعملان بشكل مستقل وإنما قد يتشابكان معاً، وقد يكون هدفـــهما موضوع واحد، مما جعل فرويد يقف علي مفهوم الثنائية الوجدانية، حيث يميل الطفل إلي والده مدفوعاً بمشاعر الحب وفي نفس الوقت يتجه إليه بمشاعر العدائية والكره، الأمر الـــذي يمكـــن ملاحظتـــه وتفسيره لدي مرضي الاكتئاب، وقد أشار فرويد في إطار تفســـيره الدينامي للأعصبه إلي أن الصراع بين الثنائيات يعد الأساس فـــي ظهور الاعصبة، (الهي – الأنـــا) (اللـــذة – الواقـــع) (الحـــب – الكراهية) (السلبية – الإيجابية)، ونظـــراً لعـــدم قـــدرة المريـــض العصابي علي حسم الصراع بين المتناقضات بشكل أقـــرب إلـــي النضج، حينئذ يلجأ إلي الميكانيزمات الطفلية والنكوص إلـــي تلـــك المناطق الباكرة من مراحل النمو النفسي الجنسي، ومن ثم ظـــهور الأعراض المرضية والتي تعد في حد ذاتها "حلول طفليه لمشـكلات راشدة" تتسم بالفجاجة وعدم النضج.

(ب) إذا كانت نظرية فرويد ركـــزت علـــي الدوافـــــع الجنســـية والعدوانية وكبتها ومن ثم حدوث الصراع بين عملية الظهور والقمـع عن طريق العرض المرضي، فإن آدلر يري أن صـــراع المريـــض العصابي من أجل التخلص من الشعور بالنقص لتحقيق التفوق هـــو

الأساس في نشأة الأعصبة، فالمريض العصابي يخشى الدخول في علاقات تنافسية مع الآخرين، ويسعى في المقابل لحماية نفسه من الإحساس بالعجز عن طريق ميكانيزمات الدفاع المختلفة، والتي لاتستطيع بدورها القضاء علي الإحساس بالعجز، ولاتستطيع في ذات الوقت من تمكين المريض من تحقيق التفوق المنشود، وبين هذا وذاك تظهر الأعراض العصابية كوسيلة لاتوافقية، فالمريض العصابي قد ينتابه الإحساس بالفشل في تحقيق أهدافه، مما يدفعه إلي اختلاق الأهداف المتوهمة التي تمنحه نوعاً من التفوق الزائف، فالأعراض المرضية وفقاً لآدلر محاولة للحصول علي القوة من خلال تدعيم الآخرين للمريض (مكاسب ثانويه) ، ومن ثم فالعصاب من هذا المنظور عبارة عن فشل الفرد في تحقيق التكيف الاجتماعي والحصول علي القوه، وشخصية العصابي في النهاية ماهي إلا هذا الصراع المحتدم بين هذين الجانبين.

وإذا كان فرويد قد ركز علي أساليب التعامل الوالدي مع الطفل كأساس في حدوث التثبيت ومن ثم النكوص المرضي فيما بعد، فإن آدلر بدوره يركز كذلك علي تلك الأساليب الوالدية ولكن من خلال عقدتي الشعور بالنقص والسعي للتفوق، فإهمال الوالدان للطفل وعدم تلبية حاجاته قد يدفعه للإحساس بالعجز، مما يجعله ينتهج أساليب في الحياة تعتمد علي التعويض في كافة مجالات حياته "الحب، العمل ..الخ" فهو يعزل نفسه في أغلب الأحيان عن الصراعات التنافسية بأن يلوذ بالمرض.

أ.د فتحي الشرقاوي

(جـ) طرح كارل يونج نظرية في العصاب مؤداها أن اللبيدو عند الفرد العادي يتراوح بين الداخل والخارج بشكل متوازن، وقد عبر يونج عن ذلك بمفهومي الأنطوائية والإنبساطية، فاللبيدو في حالات الانبساط سرعان مايتجه نحو الخارج، مما يجعل الفرد في حالة من التفاعل الإيجابي مع محددات الواقع، أما في حالات الانطواء فإن اللبيدو سرعان مايتجه نحو الداخل، ومن ثم الانسحاب من العالم الخارجي إلي عالم الذات الخيالي، ويظهر المرض النفسي وفقاً ليونج في حال الاقتصار علي أي من النمطين السابقين بشكل تطرفي مع إلغاء النمط الآخر.

(د) طرح أوتورانك مفهوماً للعصاب مؤداه أن الاضطراب في إرادة المريض تمثل حجر الزاوية في تشكيل الشخصية السوية أو اضطرابها، فالفرد سرعان مايشعر بالذنب في حال إحساسه بعجز إرادته في اتخاذ القرارات والسعي نحو التكامل والنمو، فالعصابي من هذا المنظور فرد غير ناضج انفعالياً، يفتقد الإمكانات التي تؤهله للقدرة علي الحكم والسيطرة والفعل وتوكيد الذات.

(هـ) يركز ايرك فروم علي التنشئة الاجتماعية بوصفها الأساسي في نشأة الاعصبة وتكوينها، فعن طريقها يبرز النمط المستسلم الذي يتوقع أن تأتي إليه الأشياء عن طريق تعطف الآخرين عليه، وهذا النمط العصابي يتسم بالسلبية والخنوع والاعتمادية وافتقاد الجرأة والاستقلالية وهناك النمط المستغل الذي يسعي لاقتناص الأهداف واستغلال الفرص بالمكر والدهاء لتحقيق أهدافه الذاتيه، وهناك

النمط الذي يشك في الآخرين، معتمداً علي مخزونة الداخلي في الحصول علي الأمن بعيداً عن الآخرين، وهناك النمط الذي يعتقد أن حصوله علي الأهداف لايتأتي إلا من خلال التكيف مع الأوضاع، والتلون معها إن هذه الأنماط الأربعة تمثل نتاج عصابي لعمليات التنشئة الاجتماعية.

(و) تري كارين هورني أن الخبرات الشخصية التي يواجهها الطفل تلعب دوراً كبيراً في تشكيل العصاب لديه، فالطفل أثناء تفاعله مع الآخرين قد يجد نفسه مدفوعاً لإصدار استجابه من ضمن ثلاثة إحتمالات، إما الاقتراب منهم أو الابتعاد عنهم أو الاستجابه ضدهم، فالطفل الذي يقترب بشكل تطرفي من الآخرين، عادة مايتقبل ضعفه ويسعي من خلال الآخر للحصول علي التدعيم الكافي له "نموذج عصابي" ثم تتطور الأعراض لديه فيما بعد في صورة مشاعر الاعتمادية والعجز وعدم القدرة علي إشباع رغباته التي تتعارض مع رغبات الآخرين، أما النمط الثاني فهو الذي يميل إلي الابتعاد عن الآخر، ويلتمس الإشباع في ذاته وفي ذاته بعيداً عن الآخرين، وهذا الموقف قد يبرز علي السطح الانطوائية والانسحابية وضعف المشاركات الانفعالية مع الآخرين، أما النمط الثالث من الأنماط العصابية فيتجلي في مواجهة الآخرين، حيث تترسب بداخله مشاعر العدائية والكراهية تجاههم، بحيث يصبح بعد ذلك في حالة من التأهب المستمر للدخول معهم في صراعات، فالآخر يعد عنصر مهدداً له، الأمر الذي يبرر له موقفه الرافض

لهم والمعتدي عليهم . إن هذه الأنماط الثلاثة من ردود الفعل قــد تكون سوية في حال المفاضلة بينها وفقا لطبيعة المواقف التفاعلية، إلا أن الاقتصار علي إحداها بشكل منفرد ومتطرف قد يؤدي إلــي ظهور العصاب بكل أعراضه، فالعصابي وفقا لهورني وبحكم قلقه الأساسي يصبح معتمدا علي استجابة واحدة بشــكل غــير ملائــم ومبالغ فيها، مما يحرمه في المقابل مــن الاشــباعات المرتبطــة بالخيارات الآخري، فــالفرد الــذي يميــل إلــي خيــار العزلــة والانسحاب، قد لايجد في ظل هذا الأسلوب الفرصــة الكافية لإقامــة علاقات وجدانية مشبعة "مشاعر الدفء" مع الآخرين، كذلك الفــرد الذي يميل إلي كراهية الآخرين وتوجيه العدوان لهم، يصبح دائمــا في حالة من القلق والتأهب المستمر والتفكير الدائم في كيفية تقبــل ردود فعل الآخرين العدائي تجاهه، وبالتالي مزيــدا مــن العنــف والكراهية، والفرد الذي يشبع رغباته من خلال الاعتمادية المبــالغ فيه علي الغير، قد يقع بدوره تحت رحمتهم ومن ثم التحكم فيــــه، حتى لو كانت رغباته وأهدافه مناهضة لهم .. وقد وضعت كــارين هورني بعض الميول العصابية لـــدي بعــض الأشـــخاص مثــل الانسحاب العصابي والذي يتمثل في هروب الفــــرد مــن إقامــة علاقات تفاعلية مع الآخرين وعدم الدخول معهم فــــي تفــاعلات متبادلة، وهناك الخضوع العصابي والذي يتمثل في ســعي الفــرد الدائم للتنازل عن رغباته الذاتية من أجل الآخرين للحصول علـــي تدعيمهم له ، وهناك السعي العصــــابي للحصــول علــي القــوة والسيطـــرة علي الآخرين حتي لايستطيع أحد إلحاق الضرر بــه ،

إن هذه الميول العصابية المدفوعة بالقلق الأساسي تجعل الفرد في حالة دائمة من الصراع والذي يفجر بدوره القلق.

وتشير هورني إلي ضرورة النظر إلي الأعراض العصابية في إطارها الحضاري، لأن الاستجابة العصابية في حضارة ما قد تكون مغايرة لحضارة أخري، فالعصاب بصراعاته وتناقضاته قد يكون صورة للحضارة الأعم، فقد يسير المجتمع بخطوات سريعة ومتلاحقه لايقوي الفرد علي إستيعابها أو اللحاق بها أو مسايرتها، مما يجعله في صورة العاجز غير القادر علي التفاعل، مما يفرز علي السطح كافة أساليب اللاتوافق.

(ز) يطرح هاري ستاك سوليفان نظرية في العصاب مؤداها أن العصاب ينشأ نتيجة للتفاعلات بين الأفراد، فالاتصال الانفعالي مع الطفل يسبق الاتصال اللغوي معه، فالطفل الصغير قادر علي استقبال التوتر والقلق والانفعال الخاص بالأم قبل استقباله للاتصال اللغوي معها، فالاتصال الانفعالي هنا بمثابة اللغة غير المنطوقة التي تصل إليه، وبالتالي تشكل بناؤه النفسي، فالأم القلوقة "ذات القلق المرتفع" سوف تنقل بدورها هذا القلق للطفل ومن ثم الاستجابة له ، فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن الفرد يدخل في العديد من التفاعلات بشقيها اللغوي والانفعالي معاً، لإدراكنا في المقابل أن الأخر بانفعالاته الخاطئة والمضخمة والمبالغ فيها أحياناً، قد يسهم بدوره في ظهور الأعراض العصابية، تلك التي تخلق لديه القلق والتوتر، من هنا فإن الحاجة إلي الأمن تعد أحد المفاهيم

الأساسية في نظرية سوليفان، فكلما أشبع الآخر مالدي الفرد من إحساس داخلي بالأمن، كلما أنعكس ذلك بالإيجاب وخفض التوتر لديه، فالمريض العصابي من هذا المنظور فرد يفتقد الإحساس للأمن، ويتعرض سوليفان إلي توضيح نشأة الاعصبة في تعرضه لمفهوم الذات، فالطفل دائماً مايتمثل الأوامر والنواهي التي تجعل الآخرين يستحسنونه ويثنون عليه، الأمر الذي يؤدي إلي ظهور صورة الذات المقبولة منهم، أما الأوامر والنواهي التي تستثير لديهم السخرية والاستهجان، فإن الطفل سرعان مايهملها ولايعترف بها كجزء من ذاته، كذلك فإن السلوك الذي لايلقي اهتماما من الآخرين، فإن الطفل قد ينتقي منه مايهتم به ويغفل عن البعض الآخر، وهذا التعارض قد يستدمجة الطفل بداخله ليصبح جزء من ذاته التي يتم تشكيلها، فالعصابي يرغب في إشباع بعض الحاجات التي يقف الأخر في سبيل تحقيقها، مما يجعله غير قادر علي الإشباع بشكل واضح وصريح، ويترتب علي ذلك محاولات الإشباع غير المكتملة والمنقوصة بين رغباته ورغبات الآخر في آن واحد.

(ح) يؤكد تيودور رايخ أن نشأة العصاب تبدأ في اللحظة التي يفقد فيها الفرد الإحساس بالثقة بالنفس، وبالتالي ظهور القلق، كذلك قد يظهر العصاب عندما يفشل الفرد في تحقيق متطلبات أناه المثالية فبقدر محاولته في الاقتراب منها، بقدر انخفاض حدة الصراعات، والعكس يبدو صحيحاً في هذا السياق.

(ط) يري أو توفينخل في نظريته للعصاب أن المنظور الفرويدي القائم علي فكرة القلق وميكانيزمات الدفاع، والضغوط التي لايقوي الفرد علي تحملها، واندلاع المكبوتات الطفلية في صورة أعراض عصابية، هي الأساس في نشاه الاعصبه وتطورها.

(د) أما أدولف ماير (متخصص أعصاب" فهو يري أن فهم العصاب لدي الفرد يتطلب النظرة الكلية له " الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد" ، ويري ماير أن عدم قدرة الفرد علي تحقيق طموحاته وأهدافه الذاتية غير الواقعية، وكذلك عدم تقبله لذاته ، عاملان أساسيان في نشأة الاعصبة ، فالطموحات غير الواقعية تدفع الفرد إلي الفشل في تحقيقها، ومن ثم الإحساس بالعجز والخوف والنقص وكافة مظاهر التعبيرات الانفعالية والسلوكية الخاطئة، ومثل هذه المشاعر قد تدفعه تباعاً لاستخدام الميكانيزمات الدفاعية للحفاظ علي ماتبقي من صورة الذات.

(ك) تطرق الوجوديون إلي نشأة الأعصبه عن طريق النفاذ إلي ماوراء الأعراض المرضية، وطالبوا بضرورة الوقوف علي فهم المريض لأعراضه قبل الإقدام علي تفسيرها من وجهة نظرنا نحن، لذا فوعي المريض واستبصاره بوجود عالمه الذاتي "الشخصي" أحد المحكات الرئيسية في نشأة وعلاج الأعصبة، فالقلق وهو العرض الرئيسي في معظم الأعصبه ماهو إلا عرض يهدد كينونه الفرد ووجوده، فالفرد ليس واعياً فقط بإبعاد وجوده، وإنما واعياً أيضاً بإبعاد عدم وجوده وكينونته، الأمر الذي يجعله في حالة من

الانفعال والتفكير المزدوج بين هذين الجانبين معاً (كينونة – عدم كينونة) ، فالمريض سواء كان عصابياً أم ذهانياً له عوامل ثلاثة لابد من التطرق لها جميعاً في إطار واحد، من المنظور التشخيصي والعلاجي يتصدرها علاقته بالمحددت الفيزيقية التي يعيش فيها، ثم علاقته بالأفراد الذين يتفاعل معهم في دائرة من التأثر والتأثير المتبادل ثم أخيراً علاقته بإبعاد ذاته، والاضطراب الحادث في أي من العوامل الثلاثة سيؤدي في المقابل إلي اضطراب العلاقات الأخرى، كذلك يركز الوجوديون علي عنصر الزمن في فهم الفرد المضطرب، فإذا كان الماضي بصراعاته يحمل صفه التهديد والتأثير، وإذا كانت محددات الحاضر تحمل صفة الإحباط والصدمات، فإن النظر إلي المستقبل وإمكانية التعامل معه لاينبغي إغفالها في النظرة إلي السلوك المضطرب، فالوجود عملية ظهور مستمرة لايكون فيها الفرد محدداً فقط بماضيه أو حاضره، وإنما كذلك بنظرته للمستقبل.

نخلص مما سبق إلي أن نشأة العصاب قد تتباين تفسيراتها وفقاً للعديد من النظريات، ومع ذلك يوجد شبه إجماع علي أن العصاب ينبغي النظر إلي ديناميانه في إطار عدة نقاط.

أولاً : قدرة الأنا لدي الفرد علي تحقيق الإشباعات الذاتية في إطار المعايير والمحكات الخارجية، فالأنا يتم بلورتها من خلال التفاعل مع الآخر وعبرة، بل أن الوعي بالآخر يسبق الوعي بالذات نفسها، من هنا فإن الأساليب والتعاملات الأولي مع الطفل قد تسهم

إلي حد كبير في بلورة الشعور بالذات سواء كانت إيجابية أم سلبية، فالخبرات المبكرة بصفة عامة قد تؤثر في تشكيل وبناء الأنا أكثر من التأثيرات التي تمارسها الخبرات اللاحقة ويبدو ذلك واضحاً من خلال الأعراض الطفلية الصادرة عن العصابى الراشد، فهو يتفاعل مع الموضوعات الراشدة باستجابات ممعنه في الطفولية، فالأنا الطفلية ينبغي النظر إليها بوصفها منظمة وليدة من خلال التفاعلات المستمرة مع الطفل إبان مراحل حياته الباكره، فالأنا هي إمكانية الفرد للإنجاز ، ثم تأتي صورة الذات والتي تتولى بدورها مهمة التفعيل للإنجازات والأهداف ، والاضطراب في المستوي الأ_ل سيؤدي إلي اهتزاز المستوي الثاني، فإذا كان المريض العصابى يشعر بتدني مفهومه عن ذاته وإحساسه بالنقص والعجز وعدم القدرة علي الفعل والإنجاز الإيجابي، فإن ذلك قد يكون راجعا إلي الاضطراب الذي اعترى أناه أثناء مراحل النمو النفسي الجنسي في الطفولة الباكرة، لأن الأنا هي التي تزود الفرد بمعرفة أبعاده الذاتية في إطار المحددات الخارجية، والأنا كذلك هي التي تدفع الفرد إلي تقيم الواقع وفقا لإمكاناته ومن ثم الإقدام أو الإحجام عن التفاعل معه، والأنا هي الوسيلة التي تجعل الفرد مدركا لأبعاد الوجود الثلاثة (الماضي / الحاضر / المستقبل) في إطار تكاملي مستمر، لذا فإن إضطراب الانا في مهدها وبداية نشأتها، سوف يترتب عليه اهتزازا واضحا في كل الوظائف السابقة المرتبطة بها، لذا فإن المحاولات الرامية لعلاج الاعصبه دون تحديدا دقيقا لمراحل نشأة الأنا وكيفيه

تطورها والعوامل التي أسهمت في بنائها، تعد محاولات منقوصة من المنظور الدينامي.

ثانيا : إذا كانت الأبعاد الخاصة بنشأة الأنا وتطورها أحد الأبعاد الدينامية الهامة في نشأة الأعصبة ومن ثم علاجها، فإن التركيز علي الدوافع الذاتية غير المشبعه قد يحتل أهمية مماثلة، وتوجد العديد من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية تتطلب بحكم طبيعتها النوعية الإشباع في ظل إمكانيات الفرد من جهة وفي ظل الظروف والمحددات الخارجية من جهة أخري، وعرقلة مثل هذا الإشباع للحاجات قد يدفع الفرد إلي الوقوع في دائرة الصراع بكل مايتصل به من قلق وتوتر وظهور الأعراض المرضية، فإذا كانت الأنا من القوه بحيث تشبع حاجاتها في ظل الأطر والمحكات المرجعية الخارجية، فلامجال حينئذ لظهور الأعراض اللاتوافقية، والحاجات البيولوجية مثل الحاجة إلي الطعام والنوم والراحة البدنية، يبدو تأثيرها السالب (الحرمان) في الأعمار الباكرة . حيث أن الحرمان البيولوجي قد يعرض حياة الوليد للمخاطر، إما تأثيراتها في الكبر فيبدو أقل تأثيرا بحكم العوامل الحضارية والتقدم في النضج واكتساب الخبرات والتعلم، أما الحاجات السيكولوجية فإعاقتها وعدم إشباعها يؤديان إلي الإخلال بمبدأ التوازن النفسي والانفعالي والاجتماعي، فالفرد الذي لايشبع حاجته للحب والتقبل والإحساس بالانتماء والمكانة وتقدير وتحقيق الذات، قد يشعر في المقابل بالدونية والعجز وعدم القدرة علي الفعل، ومثل هذه

المشاعر قد تدفعه تحت وطأة الشعور بالقلق إلي اللجوء للعرض المرضي كوسيلة بائسة للتوافق والتماسك .. ولعل ذلك مايفسر لنا رمزية العرض العصابي من حيث إحتوائه علي الرغبة في الإشباع ومضاد هذه الرغبة في آن واحد، إنه اشباع ناقص غير تام، فالمريض الحوازي مثلا قد تداهمه وتحاصره فكرة قتل الآخر والتخلص منه وفي نفس الوقت يداهمه الشعور بالذنب، وبين هذا وذاك يتجلي العرض الحوازي كمحاولة للتوفيق بين الجانبين، ويساعده في ذلك ميكانيزمات الدفاع مثل المحو والعزل، كذلك الحال لدي المريض الهستيري التحولي فقد يتعين ذاتيا بالأب القاس "التوحد بالمعتدي" ولكنه في نفس الوقت يشعر بالحب تجاهه، وبين هذا وذاك يتجلي العرض التحولي الهستيري كوسيلة للهروب من هذا الموقف.

ثالثا : إذا كان البند – أولا – يركز علي ضعف الأنا التكويني أثناء عملية البناء والتشكيل في مرحلة الطفولة وإذا كان البند – ثانيا – يركز علي أهمية حدوث الاشباعات للحاجات البيولوجية والسيكولوجية درءا للوقوع في دائرة الصراع والحلول اللاتوافقية، فالضغوط والاحباطات والصدمات الخارجية تعد أحد العوامل الهامة وراء تفجر الأعراض العصابية أو عدم ظهورها، فالضغوط الخارجية تمثل عنصر مفجر للاستعدادات المرضية والصراعات النفسية الكامنة، وهذه الإحباطات لاتؤدي في حد ذاتها إلي ظهور الاضطراب المرضي إلا في حالة وجود القابلية والاستعداد

للاضطراب، والدليل علي ذلك أن نفس المفجر الضاغط قد يكون واحدا من حيث النوعية والشدة ومع ذلك يخلف أنماطا مختلفة من السلوك بعضه سوي والآخر غير سوي، الأمر الذي يدفعنا إلي ضرورة التركيز علي تلك المواقف الصدمية ودورها في تفجير الاستعدادات المرضية، والتركيز العلاجي والتشخيصي علي الأعراض المرضية فقط دون الإمساك بتلك المواقف وتحديدها وبيان مدي تأثيرها يعد بدوره محاولة منقوصه في تكنيكات العلاج

رابعا : ينبغي التركيز في إطار الحالات العصابية علي ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها العصابي للتخفيف من حدة الحصر الناتج من اندلاع المكبوتات اللاشعورية، وتأتي أهمية هذه الميكانيزمات في إنها تلقي الضوء علي طبيعة الصراع العصابي، بل وعلي طبيعة العصاب النوعي كذلك، وعلي الرغم أن هذه الميكانيزمات قد تكون شائعة لدي كافة الأفراد في ظل المواقف التي تهدد كيان الأنا، الا انه غالبا مايلجأ العصابي إليها بشكل دائم ومكثف، بحيث تصبح عنوانا للتوافق المرضي لديه، ومن ضمن هذه الميكانيزمات التفعيل Acting out حيث يلجأ العصابي إلي التعبير عن حفزاته اللاشعورية عن طريق قيامه بالأفعال، لأن مجرد الامتناع عن القيام بها قد يسبب له مزيدا من الحصر، ويمكن الوقوف علي هذا الميكانيزم بوضوح لدي مرضي الحصار والقهر حيث يشعر المريض بأن افكاره الحصارية تسبب له الضيق، مما يدفعه في المقابل للقيام ببعض الطقوس الحوازيه (الفعل) للتخلص من شدة

الحصر المصاحب لهذه الأفكار، وغالبا مايكون التفعيل مرتبطا علي نحو ما بالمادة المكبوته من أجل تفريغ الطاقة المرتبطة بها، فقيام مريض الحصار والقهر بغسل يده مرات عديدة تجنبا لانتقال العدوي إليه، يكمن وراءها فكرة ترتبط بصراعاته الدينامية والتي مؤداها أنه يمكن أن يحدث له مكروه نتيجة لأفكاره العدائية التي تحاول شق طريقها نحو الآخر" وقد يلجأ العصابي أيضا إلي ميكانيزم الاستدماج والذي غالبا ما نجده لدي مرض الاكتئاب، فعن طريق الاستدماج يسعي المريض لاشعوريا للتخلص من الإحباط الناجم عن فقد الآخر، وقد يكون هذا الفقد للآخر فيزيقيا أو معنويا، فالعصابي لايستطيع تحمل الضغط الخاص بفقد الآخر وابتعاده عنه، مما يدفعه إلي استدماجه "ابتلاعه" وإدخاله في ثنايا ذاته، حينئذ يصبح الآخر المستدمج هو الذات بعينها في إطار واحد، فإذا كان الآخر المفقود خارجيا والمستدمج ذاتيا يحمل صفات العدوان والتهديد للذات، فسنجد أن هذا التهديد والعدوان سرعان مايصيب الذات في نفس الوقت، لأنها استدمجته وجعلته جزء منها ، ولعل ذلك مايفسر طبيعة الميل إلي تحقير الذات والنيل منها والإقلال من شأنها ومحاولة التخلص من الحياة (الرغبة في الانتحار) لدي مريض الاكتئاب، فكل هذه النقائص موجهه في الأساس إلي الآخر المستدمج في ثنايا الذات "الموضوع المستدمج" والإستدماج للآخر قد يكون كليا أو جزئيا، الأمر الذي يترتب عليه إفراز الأنماط المتباينه من شدة النزاعات الإكتئابيه (الاكتئاب التفاعلي – العصابي [illegible]ني) .. كذلك قد يلجأ العصابي إلي ميكانيزم

النكوص، ففي حالة الاحباطات والصدمات التي لايقوي الفرد علي مواجهتها علي مستوي الرشد والواقع، نجده يرتد وينكص إلي مراحل سابقة من مراحل النمو النفسي الجنسي، ولكن نظرا لأن الارتداد إلي مراحل طفليه لايفي بالإشباع المطلوب ولا يقلل من خطورته، حينئذ نجد العرض المرضي الذي يتسم بالبدائية والطفولية، فالتعامل مع محددات الحاضر بصيغة محددات الماضي، قد تتعارض مع المتطلبات الآنية (الحاضرة) وميكانيزم النكوص يعني ارتداد اللبيدو واتخاذه موضوعا طفوليا من أجل تجنب وتفادي الإحباط في الموقف الراهن للفرد، وهذا الارتداد للوراء قد يستدعي معه كافة الذكريات والمشاعر والأنفعالات الماضية في صورة حاضرة .. كذلك قد يلجأ العصابي إلي ميكانيزم التبرير للحفاظ علي صورة الذات من التشويه والنقص والتخاذل، ويكمن الفارق بين الفرد العادي والمريض العصابي أن الأخير غالبا مايلجأ إلي هذا الميكانيزم بشكل أكثر إستمرارية، فهو يميل بشكل دائم إلي تبرير سلوكياته المستهجنة بأن يضفي عليها أسبابا تبدو معقولة ومقبولة من وجهة نظره، وذلك للتخفف من حدة القلق الذي ينتابه، وحتي يعتقد داخليا بأن ما قام به أو واجهه من أحداث يساير في طبيعته ما كان ينبغي عليه القيام به، كذلك قد يلجأ المريض العصابي إلي التكوينات العكسية، وذلك عن طريق إظهار رغبات منافية تماما للحقيقة، حتي يتجنب القلق المرتبط بمضمون الرغبة الأصلية، فقد يبالغ المريض في إظهار وتفعيل الطقوس الخاصة بحماية الآخر والحفاظ عليه خوفا من اندلاع -

المكبوتات الحقيقية والتي تتمثل في كراهية لهذا الآخر والرغبة في الاعتداء عليه، كذلك يوجد ميكـــانيزم الكبـــت وهـــو مـــن أهـــم الميكانيزمات التي تميز الأعصبة ويتحلي ذلك في القلق من خروج الرغبات اللاشعورية إلي حيز الشعور، والكبت لايعنـــي اختفـــاء وانتفاء الطاقات المحجوزة خلف جدار الكبـــت، بـــل تظـــل هـــذه الطاقات تحاول التعبير عن نفسها بصورة متكـــرره ســـواء فـــي صورة أعراض مرضية غير واضحة الملامح أو الظـــهور مـــن خلال فلتات اللسان والأفعال العارضة والأحلام، وانـــهيار جـــدار الكبت كلية قد يترتب عليه ظهور النزعات اللاشعورية بصورتـــها الفجة، مما يمهد بدوره لظهور الأغراض الذهانيـــة فـــي أوضـــح صورة.

الاضطرابات العصابية بين الأعراض – والأمراض

احتلت قضية العرض والمرض أهمية كبـــيرة لـــدي المشـــتغلين بموضوع العلاج النفسي، فالبعض يري أن مجرد التركيز علـــي عـــلاج الأعراض وإزالتها لايعني التخلص من المرض، لأن إزالة العرض فقـــط قد يفرز في المقابل الأعراض الاخري لبديلة، طالما أن البنيـــة التحتيـــة والدينامية لم يتم التعامل معها علاجيا، علي حين يري البعض الآخـــر أن سوء التوافق ينجم من وجود الأعراض اللاتوافقية ومن ثم فإن تعديلها أو تغيرها سيحقق التوافق للفرد، دون حاجة للغوص في دينامية المـــرض، عن طريق الإثابة والتدعيم والتشريط، والحقيقة أن كلا الاتجاهين يتضمن مؤشرات إجرائية إيجابية وفقا لنوعية الاضطراب المعني بالعلاج وشدته

ووفقا كذلك لرمزيه العرض ومعناه ووظيفته، فالعرض لاينفصـــل عـــن المرض، فالمريض الهستيري الذي يصاب بالشلل الهستيري في يده دون وجود أسباب فسيولوجية وعضوية يصبح من الصعب التخلص من هـــذا العرض دون النفاذ إلي دينامية الصراع القائم علي فكرة التضاد والرغبة والدفاع في آن واحد، والتعثر في الموقف الأوديبي وفكرة التعين الذاتـــي، وكأن لسان حال المريض يقول "أنني أريد أن أضربـــك أيـــها الحبيـــب المكروه .. فإذا ضربتك فإني أضرب أنا .. حينئذ يرتد العدوان المتجـــه للآخر ليصبح عدوانا داخليا، ومن ثم يقع العقاب علي العضو الإثم وهـــو اليد فيحدث الشلل.. أن هذه الصيغة الحواريـــــة الســـيمنطيقية يصعـــب الوصول إليها من خلال القراءة السطحية العابرة للعـــرض، الهســـتيري التحولي حتي لو قمنا بكافة تكنيكات التشريط والإثابة والتدعيم الســلوكي، كذلك المريض الذي يعاني من العنه النفسية وعدم القدرة علي الاقـــتراب من زوجته، فالعرض هنا يحمل من الدلالات الرمزية والمعاني الدينامية، بحيث يصعب التعامل معه علاجيا دون الإمساك بهذا المستوي التحتـــي الدينامي "صورة الأم المحرمة) لكل ما سبق فـــإن العـــرض المرضـــي لايصبح غفلا من المعني و في حاجة دائمة إلي إطار يفســـره ويوضـــح أسبابه، إما الاتجاه الرامي إلي التعامل المباشر مع الأعراض، عن طريق التكنيكات السلوكية فغالبا مايكون ناجعا في الأعراض السلوكية الإجرائية التي يمكن إزالتها أو خلقها أو تعديلها أو تغيرها عن طريق الممارســـة والتدريب واكتساب الخبرات .. أما السعي إلي إزالة الأعراض المرضية دون التأكد من المخاطر المرتبطة بعملية الإزالة، فهذا أمر ينبغي التـــأكيد

عليه، وذلك ببساطه لأن الأعراض المرضية قد تحقق أكثر من هـــدف، لابد من الإحاطة بها.

أولا : بعض الأعراض تهدف إلي الحيلولـــة دون انـــدلاع المكبوتـــات ووصولها إلي حيز الشعور، ومن ثم فإن إزالتها بشـــكل مباشـــر، دون فهم للديناميات قد تؤدي إلي اندلاع المكبوتات ووصولها إلـــي حيز الشعور ومن ثم فإن إزالتها بشكل مباشر، قد تؤدي إلي اندلاع المكبوتات بطريقه فجه وتلقائية مما يسبب مزيدا مـــن الأضـــرار للمريض. والدليل علي ذلك أن مريض الحواز والقهر إذا تعاملنـــا مع أعراضه الحصارية فقط دون إلمام بالبنية الصراعية له ، يمكن أن نسهم بشكل غير مباشر في تحويله من حالة عصابية إلي حالة هانية "راجع فكرة النكوص والتثبيت".

ثانيا: بعض الأعراض تسعي لتقويه الكبت وقمع الدوافع المستهجنة، وفي حالة إزالة العرض فإن جدار الكبت يبدأ في الاهتزاز وتبدأ الدوافع المستهجنة في التعبير عن نفسها.

ثالثا: بعض الأعراض تسعي إلي التحقيـــق الرمـــزي المقنـــع لبعـــض الرغبات، وفي حال إزالتها قد تبدأ تلك النزعـــات فـــي التعبـــير الصريح عن مدلولاتها الخفية.

رابعا : بعض الأعراض قد تكون وسيلة لاستدرار العطف من الآخرين، وفي حال إزالتها يبدأ الفرد في الإحساس بالدونية والانعزالية وفقـد الدفء العاطفي.

وتتعدد أنواع الأعصبة والتي يمكن إجمالها في النقاط التالية

أ – عصاب الصدمات .. وهو ذلك النوع من العصاب الذي يعجل من ظهوره مايخبره الفرد من ضغوط عنيفه أو كوارث، وهذا النوع من العصاب يظل في حاله كمون وعدم ظهور في صورة أعراض إلي أن تأتي الأزمات الصادمة، حينئذ تتحول الاستعدادات المرضية الداخلية إلي أعراض عصابية لاتوافقية، وعادة ماتكون استجابة الفرد للصدمة متضمنة الخوف الشديد كأن يتعرض للهجوم البدني المباغت، أو تعرض الفتاة للاغتصاب الجنسي أو السرقة بالإكراه أو التهديد الشديد بالقتل أو التعرض للتعذيب، حيث يعقب مثل هذه المواقف ميل الفرد إلي تجنب الأحداث الصادمة، بل قد يداهمه القلق والاضطراب في حالة تذكره أو رؤيته لبعض المشاهد المرتبطة بهذا الحدث، كذلك قد تداهم المريض الكوابيس والأحلام المزعجة والتي تدور غالبا حول الحدث الصادم، وقد تتدهور الأعراض "مابعد الصدمة" لكي تستمر مع المريض حتي بعد انتهاء الموقف الصدمي، كأن يعايش المريض علي المستوي المتخيل أحداث الصدمة، ومن ثم حدوث الهلاوس والهذاءات والإستجابة لكافة الرموز المتصلة بالحدث الصدمي، بل وتبدأ الصراعات النفسية الداخلية في التمركز حول فكرة هذا الحدث ومايرتبط به من تداعيات، وعلي الجانب الآخر قد يميل الفرد إلي بذل كل الجهد لتحييد وتجنب الأفكار والمشاعر والانفعالات المرتبطة بالحدث الصدمي، كأن يعزف عن الذهاب إلي أماكن

معينة أو التحفظ في الحديث عن موضوعات معينـــة، ذات صلـــة بالحدث الصدمي، وقد تبدو أعراضه في صورة إكتئاب من حيـــث الشعور باليأس والقنوط وعدم جدوي الحب والحياة والعمل.

ب- عصاب القلق .. حيث يداهم الفرد الشعور الدائم بالتـــهديد وتوقـــع السوء وعدم الارتياح، وغالبا ما يكون القلق بمثابة إنذار لرغبـــات لاشعورية ترغب في شق طريقها إلي حيز الشعور، إلا أن الكبـــت والمقاومة وميكانيزمات الدفاع قد تحول بينــــها وبيـــن الخـــروج والتعبير الخارجي، ويظل القلق في حالة عائمة، إلي أن يجد بعض الموضوعات الخارجية ويلتصق بها..

جـ - الهستيريا التحولية.. ذلك العصاب الذي تتحول فيه الصراعـــات من المجال اللاشعوري إلي المجال البدني، حيث تصبح الأعضـــاء البدنية بمثابة المسرح الذي تتخذ منه الصراعات النفسية مجالا لها، بكل مايعنيه ذلك التحول من النطاق النفسي إلي المجال الجســـمي من معاني "التحويل/ الرمزية/ الإسقاط/ التكثيف) وهذا النوع مـــن الأعصبة في حاجة إلي علاج نفسي، لأن المريض المصاب بشـــلل اليد الهستيري أو العمي والصمم الهســـتيري لايعـــاني اضطرابـــا عضويا، وإنما التعطل البدني ناتجا عن صراعـــات نفســـية فـــي الأساس، وقد تختلـــف الهســـتريا التحوليـــة عـــن الاضطرابـــات السيكوسوماتيه، فعلي الرغم أن الصراع النفسي هو نقطة البدايـــة في كليهما، إلا أن الاضطرابات السيكوسوماتيه يظهر فيها بوضوح الاضطراب البدني وعجز الأعضاء وظيفيا عن القيـــام بأدوارهـــا

الفسيولوجية مثـــل ارتفـــاع ضغـــط الـــدم أو قرحـــة المعـــدة أو الاضطرابات المعدية المعوية.

د – الهستيريا الحصرية (المخاوف) .. حيث يداهـم المريـــض القلــق نتيجة لرؤيته أو معايشته لبعض الموضوعات التي لاتستدعـــــي بحكم طبيعتها النوعية كل هذا الكم والكيف من مشاعر الخــــوف، وغالبا ما تكون موضوعات الخوف مرتبطة لاشعوريا بالصراعات النفسيـــــة التي لم يستطع المريض حلها إبان مراحل تطور نمـــوه النفسي الجنسي، خاصة في الموقف الأوديبي.

هـــ – عصاب الحصار القهر .. حيث يشعر المريض بالحصر في حـــال امتناعه عن القيام ببعض الطقوس المتكررة (السلوك) والتي تبدو في غاية التفاهه، أو ميله للتفكير بشكل متكرر في بعض الأفكـــار الساذجة، التي لاتجد سبيلها إلي التفعيل الحقيقي.

و – الاكتئاب العصابي .. حيث يشعر المريض بالتعاسة واليأس، وعـــدم الرغبة في الحياة، وتبدو شبكة علاقاته الاجتماعية التفاعلية فــــي أضيق الحدود، مما يؤثر بالسلب علي طموحاته وخطواته المهنية والعلمية.

وسنعرض في هذا المقام لنوعين من الاعصبه بشئ من التفصيل.

أولا : عصاب الحصار والقهر

من اللافت للنظر لدي مريض الحصار والقهر ذلك الإفراط المبالغ فيه في مستوي الفكر والسلوك معا، حيث تداهمه الأفكار التـــي تتطلـــب

نوعا من التفعيل، وفي نفس الوقت يجد نفسه محاصرا بالفكرة ولايقوي علي تنفيذها، أن هذا الصراع بين الرغبة في التفعيل وعدم القدرة علي التفعيل، تسبب للمريض الارتباك والضيق والتعطل عن مُمارسة أدوار حياته الطبيعية، فالمريض تسيطر عليه فكرة معينة، ويميل إلي تكرارها بشكل إجباري، بحيث يجد نفسه أسيرا لتلك الفكرة، ولايستطيع التخلص منها بسهولة، رغم اعتقاده الشعوري بعدم جدواها وأهميتها، كان يقوم بشكل إجباري بالعد لأدوار العمارات أو القيام بعد درجات السلم أو التركيز علي أجزاء في غاية التفصيل في صورة كلية، أو القيام بغسل يده للتخلص من بعض الجراثيم والمكروبات بشكل مفرط، إن هذا الإفراط بشكل متكرر يستغرق منه وقتا طويلا، أو اللجوء إلي التأكيد علي أشياء بديهية دون وجود مايستدعي ذلك "التأكد من غلق الباب أو أنبوبة البوتاجاز) وينبغي هنا التفرقة بين الانشغال بأفكار ساذجة والانشغال بمشكلات الحياة اليومية الفعلية، فهذا الاهتمام الأخير يخرج بنا مباشرة عن الصورة الخاصة بعصاب الحصار والقهر، فالفرد الذي ينشغل بفكرة النجاح وتحقيق الطموحات المادية والتركيز في واجباته الوظيفية بشكل مكثف، لا يعد مريضا وسواسيا، قد يكون شخصية وسواسية، ويكمن الفارق بين المريض الوسواس والشخصية الوسواسية في أن الأول يجد صعوبة في التوافق الطبيعي، لأن أعراضه المرضية تستنفذ منه جهدا كبيرا في التخلص من القلق، علي حين أن الشخصية الوسواسية قد تكون عظيمة القدر من حيث اهتمامها بالأفكار والتفاصيل في إطار مفهوم التوافق العام والخاص في آن واحد، أن الهدف الرئيسي من قيام مريض الحصار والقهر بأفعاله المتكرره هو محاوله السيطرة

علي الحصر، ومن ثم الحيلولة دون اندلاع نزعاته اللاشعورية المكبوتة، سواء كانت جنسية أو عدوانية، كذلك قد يكون العرض القهري محاولة من المريض لتجنب موقف مخيف، أو منع حدث ضاغط، ولكن نظرا لأن الأعراض القهرية تتسم في حد ذاتها بالتفاهة وعدم الفعالية في التعامل مع المحددات الداخلية والخارجية معا، فإن الحصر المرتبط بها يظل كما هو، يعاود الظهور بشكل متكرر ودائم، من هنا فإن العلاجات السلوكية الرامية إلي مجرد التخلص من الأعراض القهرية والحوازية عن طريق إزالة التشريطات قد تدفع بالمريض أحيانا إلي الوقوع في أعراض أشد خطورة كما أسلفنا، قد تصل إلي الذهان، وذلك ببساطه لأن العرض القهري قد يخفي وراؤه مكبوتات ترجع إلي التثبيت علي المرحلة الشرجية الطفلية، لذا فإن الفشل في التعامل مع الأعراض وعدم الأخذ في الاعتبار الطبيعة النوعية المقارنة الصراع وميكانيزمات الدفاع، قد يؤدي إلي مزيد من النكوص إلي مراحل أشد تبكيرا، ومن ثم الوصول إلي المرحلة الفمية وهي تلك المرحلة التي يطلق عليها "ماقبل قيام العلاقة بالموضوع" ومن ثم حدوث الذهان.. ويعد عصاب الحصار والقهر من الأعصبة التي يبدو فيها بوضوح فقدان الإرادة الإنسانية في السيطرة سواء علي الفكر (الوساوس) أو الفعل (القهر)، فالمريض لايستطيع السيطرة بملء إرادته الخالصة علي تلك الأفكار والأفعال التي يعلم تماما أنها غير ذات قيمة ومعرقلة لأدواره الطبيعية في الحياة، وهنا يتجلي بوضوح عدم الفعالية النسبية للعلاجات المعرفية في التخلص من الأعراض الوسواسية، لأن العلاج المعرفي ينطلق من فكرة مؤداها أن الانفعال الخاطئ نتيجة لأفكار خاطئة، ومريض الوسواس يقر ويعترف

صراحة بأن أفكاره لاعقلانيـــة ومع ذلك لايقوي علـــى الـهروب منها، التخلص منيا، الأمر الذي يتطلب في المقابل نوعا من العـــلاج النفســي يتعدي حدود الإطار الشكلي للعـــرض إلي الديناميـــات والصراعـــات اللاشعورية الكامنة وراؤه، ولابد من التأكيد في هذا الصدد علي فحـــص محتوي الوساوس من مريض لآخر.

(أ) تدور الوساوس أحيانا حول موضوع الصحة، فنجد المريض دائـــم الاهتمام بشكل مبالغ فيه بالجوانب المتصلة بصحته وأبعاد جســـده، مع الابتعاد بشكل قهري عن كل مايمكن أن يؤذي الفرد أو يسبب له الاعتلالات البدنية، فقط يرفض المريض التحية بـــاليد لأن مجـــرد الاتصال بالآخر يدويا قد ينقل له العدوي، أو يرفض مصافحه أحـــد المرضي أو لمس أدواته خوفا من انتقال العدوي إليه، ويأتي في هذا السياق الطقوس القهرية الخاصة بالنظافة والولع بالترتيب والتنميـــق والاستحمام وتنظيف البدن، فكل هذه الطقوس تجعله يشعر بالراحـــة والطمأنينه المؤقته، إلا أن الأفكار الوسواسية سرعان ما تبحث عـــن موضوعات آخري يظهر من خلالها الحصر، فعلي سبيل المثال بعد أن يقوم المريض بالاستحمام لأكثر من مرة، نراه وقد شك فـــي أن الملابس التي ارتداها قد تكون غير نظيفة، أو أن أحـــد أفـــــراد أســـرته قد لمسها بيده الملوثه، ومن ثـــم عليـــه الاســـتحمام مـــرة أخـــــري وهكذا.

(ب) تدور الوساوس أحيانا حول موضوع الرغبة في إيـــذاء الآخريـــن وإيقاع العدوان عليهم، إلا أن هذه الفكرة تظل في النهاية خارجة عن

حيز التفعيل الإجرائي "ميكانيزم العزل" بحيث تصبح الفكرة مجـــرد انفعال ينقصه السلوك.

(جـ) تدور الوساوس أحيانا حول ميل الفرد بشكل قهري لمقارنة أفعالـــه وأفكاره بالآخرين، ولانستطيع فصل الأفكار الوسواسية عن الطقوس القهرية المرتبطة بها، فالفرد الذي يقوم للاطمئنان قهريا أكثر مـــن مرة علي الباب المغلق اذا نبوبه الغاز، إنما يميل إلي هذا الطقـــس تنفيسا لفكرة وسواسيه مؤداها "قد يحدث لي مالايحمد عقبـــاه" مثـــل الحريق، الموت، الدمار، القتل .. الخ.

ونتيجة لمعاناه مريض الحصار والقهر من أفكاره وطقوســـه، فإنـــه غالبا مايكون أقرب إلي الشخصية الاعتمادية والتجنبية، لأن رموز الواقـــع ومحدداته أصبحت تشكل له عنصرا للتهديد سواء بنقل الأمراض إليـــه أو وقوع العدوان عليه، مما يدفعه بالتدريج إلي تجنب هذا الواقـــع المؤلـــم، وكثيرا مايرادف البعض بين الوســـاوس والفوبيـــاوات علـــي إعتبـــار أن الأخيرة تتضمن قيام الفرد بالابتعاد عن المواقف الرهابية نتيجـــة لأفكـــار وسواسية تتصل بطبيعة تلك المخاوف، فالفرد الذي يخاف الأماكن العاليـــة قد تراوده فكرة السقوط ومن ثم الموت، والفرد الـــذي يخـــاف الأمـــاكن الضيقة قذ تراوده فكرة الإغماء ، وعلي الرغم من تلـــك المرادفـــة بيـــن الوسواس والفوبيا إلا أن الفارق بينهما يتجلي في أن مريض الرهاب يظـــل في مأمن من الحصر مالم يتعرض للرموز أو الحقائق الخاصة بموضـــوع الرهاب، فالفرد الذي يهاب الصراصير يظل في حالة من الطمأنينة والأمن وعدم ظهور الحصر طالما لم يطالع أو يري أو يتعـــرض لـــهذا الرمـــز

الرهابي، علي حين أن مريض الحصار والقهر يطور من موضوعاته المرتبطة بالحصر بشكل دائم ومستمر، فالحصر لديه يظل في حالة من الانتقال من موضوع لآخر بشكل لايتوقف، هذا فضلا علي أن مريض الحصار والقهر غالبا مايلجأ إلي التفكير السحري والخرافي بغرض الإقلال من حدة الحصر، كأن يميل إلي لمس بعض الأشياء بغرض تثبيتها وعدم دمارها، أو القيام بالعد عددا معينا من الأرقام دون نقصان وإلا قد يحدث مالايحمد عقابه إذا أخطأ في العد، إن هذا التفكير الخرافي غالبا مالانجده لدي مريض الرهاب.

كذلك قد يضع البعض اضطراب محتوي التفكير لدي الذهانين علي قدم المساواه مع الأفكار الوسواسية غير العقلانية لدي مريض الحصار والقهر، وعلي الرغم من عدم معقوليه الأفكار الوسواسية لدي مريض الحصار والقهر، إلا أن الفارق بين هذه الأعراض واضطراب محتوي التفكير لدي الذهاني يكمن في مستوي الوعي، فمريض الذهان لايعترف بعدم معقولية أفكاره "الاضطهاد – العظمة – الغيره – التأثير" ويري أنها حقيقية، سرعان ما تصبغ سلوكه بنفس المنطق اللاعقلاني، فلامجال لديه للاستبصار الذاتي بضرورة تعديلها أو وضعها في إطار قواعد المنطق المتعارف عليه، أما مريض الحصار والقهر فيدرك أن أفكاره تافهة وغير معقولة ويجاهد في سبيل التخلص منها ولكن دون جدوي، علاوة علي ماسبق فإن مريض الذهان نظرا لانهيار حاجز الكبت واندلاع المكبوتات اللاشعورية فإن أناه يصبح من الضعف بحيث لايستطيع السيطرة علي نزعاته الداخلية، أما مريض الحصار والقهر فالأنا لديه

لازالت تعمل جاهدة لصد تلك النزعات التي تحاول الخروج إلــي حــيز الشعور .

ثانيا : المخاوف المرضية ..

وهي تلك المخاوف التي تنطوي علي قدر كبير من الخوف تجــاه بعــض الموضوعات التي لاتستدعي بحكم طبيعتها النوعية كل هذا الكم والكيــف من الخوف،كأن يخاف الفرد الراشد من الظلام أو الخروج بمفــرده إلــي الشارع أو صعود بعض الأماكن المرتفعة، أو التواجد في بعض الأمــاكن الضيقة، أو الخوف من بعض الحيوانات الأليفة أو الحشرات أو الأصــوات المزعجة .. الخ. ففي المخاوف المرضية لاينطوي المثير البــاعث علــي الخوف في حد ذاته علي محددات حقيقية للخوف، فالفرد الراشــد الـذي يهاب الجلوس بمفرده ولايقوي علي تحمل هذا الوضع الطبيعــي، حينئــذ نقول أن هذا الفرد استجاب لمثير البقاء بمفرده باســتجابة غــير متوقعــه وغير منطقية، من هذا المنطلق يمكن وصف المخاوف المرضيــة بأنــها مشاعر انفعالية لاتتناسب مع المثيرات الباعثة عليها، هذا فضلا عن انتفاء التفسيرات المنطقية المرتبطة بها، وأهم مايميز المخاوف المرضية هـو رد الفعل الاستجابي من جانب الفرد والذي عــادة مايتســم بالــهروب مــن مواجهة الأخطار المتخيلة و محاولة تجنبها قدر الإمكان، وتتباين المخاوف لدي الأفراد من حيث النوع والشدة، فــالخوف مــن بعــض المحــددات الخارجية قد يرتبط لدي الفرد بوجود مثيرات نوعية قد سبق له أن عايشها أو خبرها من قبل، فالفرد الذي يهاب المياه قد يختلف عــن آخــر يــهاب الجروح والإصابات، فكل منهما سبق له التعرض لبعض المثيرات التــي

أدت بدورها إلي تطوير هذه النوعية أو تلك من المخاوف، ولاينبغي الوقوف عند حد تحديد نوعا واحدا من المخاوف قد ينتاب الفرد، فعلينا أن نتوقع بفعل عمليات التعميم والنقل والإزاحة تعدديه موضوعات الرهاب. فالفرد الذي يهاب السيارات قد يمتد خوفه إلي كل ما من شأنه أن يصدر أصوات وحركات مماثلة ، والفرد الذي يخاف والده قد ينقل هذا الخوف إلي كل ما من شأنه أن يتسم بالسلطة، علاوة علي ذلك فإن نوعية المخاوف فضلا عن ارتباطها بظروف ومحددات خارجية واقعية في حياة الفرد ومن ثم زيادتها بعناصر التخييل الداخلية له ، فإن نوعية المخاوف كذلك ترتبط بالفئة العمرية والظروف المجتمعية التي يجتازها الفرد، فالمخاوف لدي طفل ما قبل المدرسة قد تختلف في نوعيتها عن مخاوف طفل المرحلة المتأخرة أو المراهقة ، فإذا كان طفل العام الواحد قد يخاف من الانفصال عن الام ويهاب الغرباء فإن مخاوف طفل الثالثة قد تدور حول الحب أو فقد جزء من أعضاء الجسم "الخوف من الخصاء مثلا" علي حين تتبلور مخاوف مرحلة الرشد في الخوف من المستقبل وكل ما من شأنه أن يتصل بالمهددات الاجتماعية "الخوف من الفشل – قلق الموت" وعلي الرغم من الاتفاق علي أن المرحلة العمرية للفرد قد تحدد نسبيا نوعية معينة من المخاوف، إلا أن عمليات النكوص والديناميات النفسية الداخلية للفرد، قد تدفعه لتطوير بعض نوعيات من المخاوف قد لاتتصل بشكل مباشر بالمرحلة العمرية التي يجتازها، والدليل علي ذلك أن بعض المراهقين قد يداهمهم الخوف من الانفصال عن الأسرة، ويظهرون صورا إكلينيكية عديدة في هذا الصدد، مثل عدم الرغبة في المبيت خارج المنزل أو عدم الموافقة علي الرحلات الطويلة بعيدا عن المنزل أو عدم قدرتهم

علي البقاء بمفردهم فترة طويلة، فعلي الرغم أن الخوف من الانفصال قد يميز أطفال المراحل الباكرة إلا أن مظاهره مازالت ملازمة للفرد المراهق، وإن اختلفت بالقطع مظاهر الاستجابة الداله علي الخوف باختلاف الطبيعة النوعية للمرحلة العمرية، لذا فإن نوعية المخاوف لدي الأفراد إنما تعتمد علي محددين:

(أ) الظروف والأحداث التي واجهت الفرد وأدت بدورها إلي تطوير نوعية معينة من المخاوف، بغض النظر عن التخييلات الملقاه علي تلك الأحداث والظروف.

(ب) طبيعة المرحلة العمرية بما تفرضه من اللجوء إلي أنواع بعينها من المخاوف، مع الأخذ في الاعتبار عمليات النقل والتعميم والإزاحة.

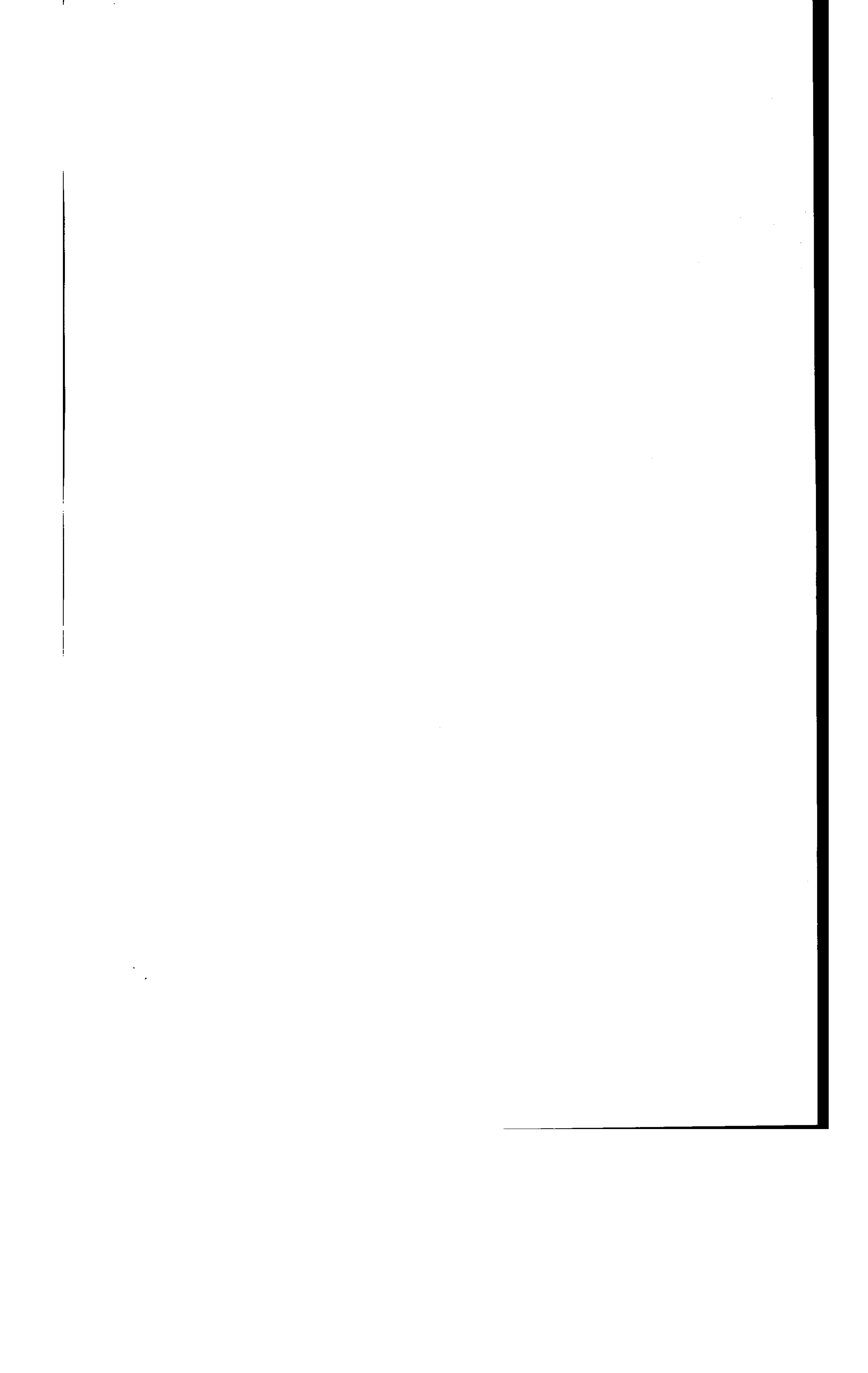
وتتعدد أسباب الفوبيا لدي الأفراد :

أولا : إن تعرض الفرد لأحد المواقف الصادمة قد يسبب له الخوف المرضي فيما بعد، فالفرد الذي يتعرض مثلا لعضه كلب قويه أو هجومه عليه بشكل فجائي مثير، يمكن لهذا الموقف الصدمي أن يتطور فيما بعد في صورة الخوف من كل الحيوانات قريبة الشبه بالكلب، وعلي هذا المنوال يمكن أن يحدث التعميم من المواقف الصادمة إلي غيرها من المواقف المشابهة والقريبة منها، فالألم الذي يعانيه الفرد نتيجة إجراء عملية جراحية له في أحد المستشفيات قد يتم تعميمه فيما بعد علي كافة الرموز الخاصة بالعلاج (الأطباء/ الأدوية/ الحقن) والفرد الذي يتعرض للحرق الفجائي بشكل صدمي،

قد يطور مخاوفه فيما بعد من كافة المواقف المنطوية على رموز الحريق والنار والدخان.

ثانيا : إن التعرض المستمر والمكثف للأحداث والاخبار والانباء التي تنطوي علي الكوارث والقتل والدمار يمكن أن تسهم بدورها في تشكيل ملامح الخوف لدي بعض الأفراد، فالعالم يصبح حينئذ رمزا للشر والأخطار، مما يدفع بالفرد دائما إلي ترقب وقوع التهديدات، والخوف هنا قد يصبح عاما في صورة قلق لايرتبط في الغالب بموضوعات محددة ومجسدة.

ثالثا : إن الأفراد ذو الحساسية الزائدة والذين لديهم تشويه في صورة الذات، عادة مايطورون أنواعا من المخاوف تتناسب وطبيعة سماتهم النفسية، هذا فضلا علي أن الاعتلالات البدنية والضعف الجسمي العام قد يجعل الفرد أقل في المبادأه والأقدام والجرأة وأكثر ميلا إلي السلبية والخنوع، وكلها اعتبارات قد تسهم بدورها في تطوير أنواع مختلفة من المخاوف.



الفصل الرابــع

الصحة النفسية .. والاضطرابات الذهانية

الفصل الرابع

الصحة النفسية والاضطرابات الذهانية

الفرق بين مريض العصاب ومريض الذهان.

أولاً : أن شخصية مريض العصاب تظل في حالة من الترابط والتماسك النسبي، باستثناء بعض الأعراض اللاتوافقية التي تسبب له الضيق وسوء التوافق الذاتي والاجتماعي معاً، فهو فرد يمارس مهام حياته اليومية "العمل ، الدراسة" .. لكنه في نفس الوقت يشكو من بعض الأعراض والأفكار السوداويه التي تجعل الحياة لاقيمة لها "الاكتئاب العصابي" أو قد يجد نفسه مدفوعاً للقيام ببعض الطقوس الحوازية او الوقوع تحت تأثير الأفكار القهرية "عصاب الحصار والقهر" أو قد يجد نفسه في حاله من الهلع والخوف في حال توفر الموضوعات المخيفة " مريض الفوبيا". ونظرا لاستبصار المريض العصابي بأعراضه التي تعوقه عن ممارسة أدواره التفاعلية الطبيعية، فهو غالباً مايذهب بإرادته الخالصة إلي المعالج النفسي، طالباً منه المساعدة في التخلص أو التخفيف من حدة هذه الأعراض المرضية اللاتوافقية، أما مريض الذهان فالشخصية لديه تبدو في غاية التحلل والتفكك، بحيث ينتفي لديه في المقابل ملامح الاستبصار الذاتي بطبيعة أعراضه المرضية ومدي خطورتها عليه وعلي الآخر معاً، فهو يعتقد داخلياً بأن مايفكر فيه ويسلكه هو الصواب بعينه، الأمر الذي يجعل من الصعوبة عليه الذهاب طواعية طلباً للعلاج، وعادة

مايتم علاجه عن طريق الإتيان به من خلال الآخرين، الذين يدركون خطورة أعراضه.

ثانياً: إذا كانت الأنا هي المنظمة المسئولة عن مبدأ الواقع والامتثال للأطر والمحكات المرجعية الخارجية والمجتمعية والتعامل مع كافة رموز الواقع المعاش، فإن مريض العصاب لازالت ملامح الأنا لديه قادرة علي التعامل مع الواقع، قادرة علي الحكم الجيد نسبياً علي موضوعات الواقع، فهو يعمل ويتزوج ويتفاعل مع الآخر ويحقق بعض طموحاته، إلا أن أعراضه المرضية لاتتيح له الانطلاقة بكفاءة لذا من الصعب أن نجد شذوذاً واضحاً في سلوك المريض العصابي من قبيل الفجاجة والغرابه، كذلك تتسم استجاباته الوجدانية والانفعالية بنوع من التجانس النسبي بين المثيرات والاستجابات المرتبطة بها، وذلك علي العكس تماماً من مريض الذهان الذي تنهار لديه منظمة الآنا وتصبح غير قادرة علي التعامل مع رموز الواقع، وفقد القدرة علي إصدار الأحكام الناضجة، فقد يخلع ملابسه في الشارع ويسير عارياً، وقد يحدث نفسه بصوت مرتفع أثناء وجوده في مكان ما بمفرده ، أو قد يقوم بضرب وإيذاء بل وقتل الآخرين، أن انهيار منظمة الأنا لديه قد يدفعه إلي بناء عالم ذاتي، يعيش فيه ويمتثل لمعاييره الممعنه في الذاتيه بكل ما يتضمه من رموز وموضوعات وأفراد، إن هذا الفارق بين العصابي والذهاني يجعل من السهولة إخضاع الأول للعلاج النفسي وصعوبته مع الثاني، خاصة إذا انطلقنا من فكرة مؤداها أن العلاج النفسي دائماً

مايقوم علي فكرة التواصل والاتصال اللفظي والوجداني بين المعالج والمريض فالمريض، الذهاني يفتقر القدرة علي إقامة الحوار الديالكتيكي، أما العصابي فيصبح حينئذ في حالة من الاقتناع النسبي إذا تمت مناقشة أعراضه المرضية في ضوء الدلائل النفسية والانفعالية والمجتمعية.

ثالثاً : إذا أخذنا في الاعتبار أن اللاشعور يحوي بين طياته العديد من الرغبات الفجة (العدوانية – الجنسية) والتي تمارس تأثيراتها المستمرة لكي تغزو مسرح الشعور وتعرب عن نفسها، فإن العصابي لازالت لديه القدرة علي التحكم والوقوف ضد اندلاع المكبوتات، وذلك عن طريق ميكانيزمات الدفاع، صحيح أن هذه الميكانيزمات تتسم بالطفولية، إلا انه اللاشعور لإتتاح له في الغالب إمكانية التعبير الفج والصريح أما الذهاني فقد بدأ اللاشعور لديه وكأنه المسيطر علي دفه الأمور، فنري نزعاته الفجة بوضوح ويصبح الشعور حينئذ فاشلاً في السيطرة علي نزعاته اللاشعورية، فإذا كان العصابي يشعر بالغرابة من بعض أعراضه وكأنه يعايش حلم مؤقت ، فإن الذهاني يعايش حلماً بصفة مستديمة لاينقطع .

رابعاً: – إذا كان العصابي يلجأ إلي الميكانيزمات الدفاعية منعاً لمزيد من التدهور نتيجة لشدة الضغوط الخاصة بالحفزات اللاشعورية الداخلية، فإن مريض الذهان يفتقد بدوره الوظيفة الدفاعية للميكانيزمات، لأن اندلاع المكبوتات وسيطرتها علي الأنا، تجعله في حل من هذه الاستخدام للميكانيزمات، فهي محطمه وغير فعاله.

خامساً : علي الرغم من أن كل من مريض العصاب والذهان تـــم تثبيتـــه أثناء مراحل تطور النمو النفسي الجنسي إبـــان مراحـــل الطفولـــة الباكرة، إلا أن مراحل التثبيت والنكوص تختلف لدي كـــل منـــهما، فالعصابي تم تثبيته في مرحلة مابعد قيام العلاقة بالموضوع، علـــي حين أن الذهاني تم تثبيته في مرحلة ماقبل قيام العلاقة بـــالموضوع الأمر الذي يجعل نكوص كل منهما إلي منـــاطق التثبيـــت الأولـــي مختلفة، فالذهاني يرتد إلي مراحل موغله في البدائية والقدم، حيث لم يكتمل فيها الموضوع والذات بشكل واضح، لهذا السبب بعينه فـــإن آليات التعامل مع المريض الذهاني عن طريق التداعيـــات اللفظيـــة القائمة علي تبادل الحوارات اللفظية وفقا لآليـــات التحليـــل النفـــس (الطرح) تصيح غير ذات قيمة مع مريض الذهان، أمـــا العصـــابي فنجد لديه القدرة علي الطرح ومن ثـــم إمكانيـــة تعديـــل الأقطـــاب الخاصة بنماذج التفاعل الأولي (الأب – الأم).

سادسا : المريض العصابي ليس في حاجة لإيداعه أحد المصحات النفسـية العلاجية، فهو يمارس فعاليات حياته بشكل أقـــرب إلـــي الطبيعـــة، باستثناء مشاعر القلق التي يعاني منـــها نتيجـــة للطبيعـــة النوعيـــة لأعراضه المرضية(فوبيا – هستيريا – اكتئـــاب)، علـــي حيـــن أن الذهاني يتطلب الأمر إيداعه أحد دور العلاج، لأنه يفتقـــد الوعـــي والاستبصار الذاتي بخطورة أعراضـــه عليـــه وعلـــي الآخريـــن المحيطين به . فالعلاج النفسي سواء الفردي أو الجمـــاعي وســـيلة

فعاله في علاج العصاب، علي حين أن العلاج الطبي والاجتماعي والنفسي قد يكون الأكثر فعالية في علاج مريض الذهان.

سابعاً : إذا كانت الأسباب الوراثية لها التأثير الضعيف نسبياً في حدوث الاضطراب العصابي، فإنه علي العكس من ذلك تلعب الوراثة دوراً كبيراً في نشأة الذهان، فالعصاب غالباً مايكون نتيجة لأساليب التنشئة والتعلم الاجتماعي الخاطئ،

ثامناً: إن مريض العصاب لايزال يحتفظ بكفاءته العقلية وملكاته الذهنية بصورة فعاله ونشطة نسبياً، علي حين أن الذهاني يبدو في حالة من الاضطراب العقلي كما يتمثل في اضطراب التفكير بشتي جوانبه "المحتوي، الشكل، المجري".

تاسعاً : في الوقت الذي يعاني فيه مريض العصاب من بعض التقلبات الانفعالية مثل مشاعر الخوف والاكتئاب، فإن مريض الذهان يفتقد بصورة دائمة القدرة علي التحكم الانفعالي، فتظهر لديه علامات التبلد والجمود والتذبذب الانفعالي دون وجود المثيرات الدالة علي ذلك في صورة موضوعية، أما عن الإرادة فتبدو في غاية الضعف، فقدرته علي اتخاذ القرارات وتحمل المسئولية تبدو منعدمة ، فأفكاره سحبت منه رغم إرادته، أو زرعت بداخله رغم أنفه، لايستطيع التفرقة بين خيالاته ومحددات الواقع، ويتعامل معها من منظور أما العصابي فمازالت ملامح الإرادة لديه وتحمله للمسئولية متماسكة نسبياً، فضلاً عن وعيه الذاتي بالحدود الفاصلة بين خيالاته وأوهامه وبين رموز ومحددات الواقع.

أ.د فتحي الشرقاوي

الأعراض الذهانية :

ينبغي الأشرة إلي أن الأعراض الذهانية قد تختلف فيما بينهما من حيث النوعيه والشدة، ووفقاً كذلك للطبيعة النوعية للمرض (ذهان عضوي /ذهاني وظيفي) (فصام /هوس / اكتئاب) .. فقد نجد العرض الواحد لدي أكثر من مرض، وقد نجد بعض الأعراض المميزة لمرض بعينه مثل هذاءات الاضطهاد أو العظمة في الفصام البرانوي والبرانويا، وسنعرض لبعض الأعراض المميزة للاضطرابات الذهانية بشقيها العضوي والوظيفي، والتي تتسم بالحدة والفجاجة، والتي يمكن الوقوف عليها من خلال المقابلات التشخيصية وبعض الاختبارات الموضوعية.

أولاً : أول مايميز الأعراض المرضية الذهانية هو ذلك الاضطراب الحادث في عمليات التفكير، خاصة في القدرات العقلية القائمة علي الاستدلال والاستقراء والاستنباط والتحليل والاستنتاج وإعادة بناء الوقائع الجزئية .. الخ وكل هذه العمليات مجتمعه تصب في النهاية في صورة اضطراب التفكير، والذي ينعكس في مرحلة لاحقه علي اضطراب الانفعال والسلوك، والاضطراب في التفكير قد يمتد ليشمل اضطراب المحتوي الفكري كما يتمثل في صورة المعتقدات الخاطئة التي لاتعتمد علي أطر ومحددات منطقية واضحة مثل معتقدات الغيرة والاضطهاد والعظمة، ومنها مايتصل باضطراب شكل التفكير و مجراه و القدرة علي التحكم فيه.

(أ) كثيراً مانجد الهذاءات في حالات الذهان، خاصة في حالات الفصام البرانوي والبرنويا، وأن كانت هذه الهذاءات تميل إلي الثبات والترتيب

والتناسق لدي مريض البرانويا، وقد تكون غير منظمة ومشوهه وتفتقد النظام والترابط لدي مريض الفصام، وقد تتعدد وظائف الهذاءات لدي المريض الذهاني بداية من الإحساس بالاضطهاد، حيث يعتقد المريض أن الآخرين يريدون إيقاع الأذى به والنيل منه ومحاولة قتله، نظراً لتفرده وتميزه بوصفه أحد الساسة العظام أو أحد الأنبياء المرسلين، هنا قد نجد التداخل بين هزاءات العظمة والاضطهاد معاً، وفي بعض الأحيان يبدو هذا الاضطهاد في صورة منفردة دون محاولة المريض إظهار أهميته ونبوغه المتخيل، وكثيراً مانقابل عرض الهذاء الاضطهادي في حالات البرانويا والفصام البرانوي، كذلك قد يوجد نوعاً آخر من الهذاءات يتصل بالتوهم المرضي حيث يعتقد المريض أن بعض الأمراض المتوهمة سوف تودي بحياته ولايجدي معها العلاج بالرغم من سلامة الفحوص الطبية، وغالباً مايستند المريض في دعواه المتوهمه إلي بعض أعضاء الجسم التي يبدو عليها الاضطراب النسبي، وقد نجد هذا العرض بوضوح في هذاءات التوهم المرضي لدي حالات الذهان المصاحبة للشيخوخه، حيث تبدأ بعض وظائف الجسم في التدهور التدريجي، فالأعراض تصبح حينئذ محاولة للتشبث بالحياة ومقاومة قلق الموت.

كذلك قد هذاءات اتهام الذات وتحقيرها والإحساس الدائم بالذنب والإثم، فالمريض يشعر بأنه آثم ولايستحق الحياة وأنه تسبب في الآم الآخرين . وغالباً مانجد هذا المعتقد الخاطئ لدي حالات الاكتئاب الذهاني، إلي الحد الذي قد يقدم فيه المريض علي الانتحار للتخلص

من هذا المعتقد الذي يحيل حياته إلي جحيم لايطاق.. كذلك توجد بعض الهذاءات المتصلة بالفهم الخاطئ للإشارات خاصة لدي مرضي البرانويا والفصام البرانوي حيث تختلط مشاعر العظمة والأهمية بهذاءات الإشارات ، فالمريض دائماً مايفسر الإشارة والعلامة والرمز والإيماءات بما يتناسب مع المعتقد الخاطئ في ذهنه فوقوف أحد الأفراد بجانبه لايعني سوي مراقبته وإعطاء إشارة للآخرين للقبض عليه، وحديث المذيعه في T.. V يستهدفه شخصياً، وعلي هذا المنوال يتم إساءة تأويل كل الإشارات الصادرة من الآخرين، كذلك توجد هذاءات التأثير حيث يشعر المريض بأنه يقع تحت ضغط قوي خارجية تسيره وتدفعه للتفكير والسلوك بشكل معين، وأن هذه القوي تقوم بزرع الأفكار في ذهنه أو سحبها من رأسه، وهذا النوع قد نجده لدي مرضي الفصام البرانوي، حيث نجد المريض وقد تحول إلي السلبية التامة وافتقاد الإرادة في الفعل والسلوك ، كذلك توجد هذاءات تتصل بفكرة العدميه، كأن يشعر المريض بأن أجزاء من جسمه قد أصابها العدم والفناء، بل قد يمتد هذا الهذاء ليمسك بالأشياء الخارجية والنظر إليها بوصفها غير موجوده، وهذا النوع من الهذاءات قد نجده في حالات الاكتئاب الذهاني والفصام الكتاتوني الذي يتسم باضطراب الحركة .

(ب) يجد المريض الذهاني صعوبة بالغة في مظاهر التعبير عن أفكاره، حيث نجد التلاطم بين الأفكار وصعوبة تخارجها في صورة ألفاظ، مع التوقف أثناء الحديث، والبحث الدائم عن المعاني بصعوبة واستخدام

التفاصيل والبعد عن الفكرة المحورية، ففي حالات الهوس نجد المريض يشعر بغزارة الأفكار وتدفعها بسرعة مذهلة، مع الانتقال السريع من فكرة لأخري، بحيث ينقصها الترابط والإتساق، وهذه السرعة في عملية الانتقال تجعل المريض غير قادر علي استخدام تعبيرات لفظية مترابطة، فتظهر الجمل المصحوبة بعدم التركيز وتشتيت الانتباه، وقد نجد هذا العرض "تطاير الأفكار" لدي بعض الفئات الإكلينيكية العصابية ولكن بصورة أقل حدة ، حيث يشكو مريض الهوس من أن أفكاره طارت منه ويجد صعوبة في استعادتها مرة أخري، ومن الأعراض الظاهرة والمتصلة بمجري التفكير عرض الإسهاب الواضح في التفاصيل والابتعاد عن جوهر الفكرة موضوع الطرح فالمريض يسرد العديد من التفاصيل التافهة التي لاترتبط بالموضوع إلا برباط صوري فقط ، ويرتبط بهذا العرض المرضي عرض آخر يطلق عليه المداومة حيث يظل المريض يردد فكرة واحدة مع المداومة عليها لفترات طويلة، ويجد صعوبة في الإنتقال منها إلي فكرة أخري، وهذا العرض قد نجده في حالات الوسواس القهري العصابي وذهان الشيخوخة والفصام الكتاتوني، كذلك قد نجد عرض العرقلة أو التوقف الفجائي في مجري التفكير، بحيث يبدو المريض وكأنه لاتفكير له. كأن شيئا منع عنه بطريقه فجائية، فيبدو شاردا وصامتا، كذلك قد يظهر علي المريض عرض ضغط الأفكار ويشعر بأن الأفكار تتزاحم في ذهنه، الأمر الذي يجعل أفكاره تخرج بطريقة

غير منظمة، وعن طريق ميكانيزم الإسقاط يتهم الآخرين بأنهم لايفهمونه.

(جـ) كثيراً ما نجد لدي مرضي الفصام عرض سرقة الأفكار وإذاعتها ونشرها في الكتب والمجلات، وأن الآخرين يقرأون أفكاره ويعرفون مايدور في ذهنه، مما يجعله في حالة دائمة من التوجس والخوف، ونجده يحجم عن الحديث أو التعبير عن أفكاره أمامهم، كذلك يشعر المريض الذهاني بأن الآخرين قاموا بزرع الأفكار في رأسه، ومن ثم يلقي بالتبعيه والتبرير علي الآخرين، فهم الذين يجبرونه علي التفكير في هذا الموضوع أو ذاك . . وهم الذين يكلفونه بهذا السلوك أو ذاك.

(د) كثيراً مايخلط المريض الذهاني بين أفكاره المتوهمة ومحددات الواقع الخارجي، بحيث يتم التعامل مع الجانبين وكأنهما شيئاً واحداً، فقد يستجيب لمثيرات الود والحب بوصفها مثيرات عدائية وتهكمية وهذا الخلط بين الواقع والخيال قد نجده في العراك المتوهم بين المريض وأشخاص لاوجود لهم، يتشاجر معهم بصوت عالي، ويحاول الهروب منهم والاختباء في مكان آمن لايصلون إليه، كذلك تبدو الأعراض الذهانية في صعوبة المريض في إيجاد التعبيرات والألفاظ الدالة علي فكرة معينة، فنجده يمارس أسلوب اللف والدوران لتأكيد فكرة معينة، أو قدي يلجأ إلي الألفاظ والمعاني الضخمة التي لاتتناسب وطبيعة الفكرة أو يلقي بنفسه في التفاصيل السطحية، أو عدم القدرة علي الاستمرار في الفكرة التي بدأ الحديث

عنها، وهذا العرض الأخير يرتبط بعرض توقف الأفكار الفجـــائي وضغط الأفكار، كذلك قد يفشل المريض في الاعتماد علي التفكـــير التجريدي والاعتماد علي العيانية المفرطة، فإذا قلنا له "علـــي قــد لحافك مد رجليك" يجد صعوبة شديدة في تفهم المعني التجريدي مـن وراء المثل، وعلي النقيض من ذلك قد نجد لـــدي بعــض حــالات البرانويا عرض الفلسفة المغرقة في الرمزية والضبابية الشديدة.

ثانياً : إن أحد الأساليب الدالة علي الصحـــة النفسية والتوافــق الإيجـابي للفرد هو مدي ملائمة استجاباته الوجدانيـــة مع المثيرات المرتبطـــة بها والدالة عليها، ســـواء من حيث ملائمة نوعية الاستجابة مـــع نوع المثير أو من حيـــث ملائمة شدة الاستجابة مع قوة المثـــير، وهذان الجانبان غالباً مانجدهمــــا في حالة اضطراب لدي مريـض الذهان، فأثناء الحديث عن بعض الموضوعات الســـــارة، نجـد اســتجابة الحـــزن والاكتئـــاب بـــل والبكـــاء، والعكـــس يبــــدو صحيحـــــــاً في هذا السياق ، واضطـــراب الوجـــدان لـــدي مريض الذهان عادة مايبدأ بعدة مراحل متتاليـــــــة.

(أ) البدء بالاستجابات الانفعالية البطيئة إزاء مايواجهـــه مـــن مواقـــف وأحداث، فالموقـــف الذي يثير الحزن لدي غيره من الناس قد يـــأخذ وقتاً أطول لديه في الاستجابه، فردود فعله تتسم بالتأخر تجاه المثيرات الانفعالية.

(ب) التبلد الانفعالي، حيث يبدأ المريض في الإقـــلال مـــن تعبيراتـــه الانفعالية، فعلاقاته مع الآخرين تبدأ في الضعف من حيـــث درجـــة

تجاوبه معهم، ومبادلتهم مشاعر الدفء والحب والحزن، مما يــؤدي بمرور الوقت إلي ضعف علاقاته الإنسانية معهم، كما يسهم في عزلته وانطواؤه وابتعاده عن دائرة المشاركات التفاعلية المؤثرة.

(جـ) الجمود الانفعالي . حيث تنفصــم لدي المريـــض الرابطــة بيــن المثيرات والاستجابات الانفعالية ، فنراه يستجيب بالفرح للمثـــيرات الحزينة والعكس يبدو صحيحاً، فالمثيرات الانفعالية تصبــح حينئــذ داخلية لاعلاقة لها بالمحددات الخارجية الواقعية، لذلك ليـــس مــن الغريب أن يستجيب الذهاني بشكل فجــائي بــالضحك دون وجــود موضوعات خارجية، هذا فضلاً عن عرض التذبذب الانفعـــــالي والذي يجعله عرضه للعديد من من النوبات الانفعالية غير المــبررة خارجياً، وحالته الانفعالية قد تتباين بين السعادة والحزن والخـــوف والقلق في آن واحد، وهذا التذبذب قد يدفعه لممارســـة الســلوكيات الاندفاعية الفجائية مما قد يعرضه في المقـــابل لارتكابــه الجرائــم والسلوكيات الجانحة.

لذا فإن الجوانب الوجدانية لدي مريض الذهـــان قــد تتســم بعــدة خصائص مثل التأخر الواضح في الاســـتجابة الانفعاليــة والتبلــد والجمود الانفعالي، التذبذب وعدم الاتساق الانفعالي، عـــدم القــدرة علي التجاوب بكفاءة وفعالية مع الآخرين انفعالياً ووجدانيـــاً، مــع سطحية واضحة في الانفعالات الانفعالات الكاذبة وغير المناســـبة، المبالغة "التضخيم /الإقلال) في الاستجابات الانفعالية، الانفجـــارات

الانفعالية المفاجئة، فقدان الإحساس بالعواطف والمشـــاعر الراقيــة "الحب/ العطف/ الحنان).

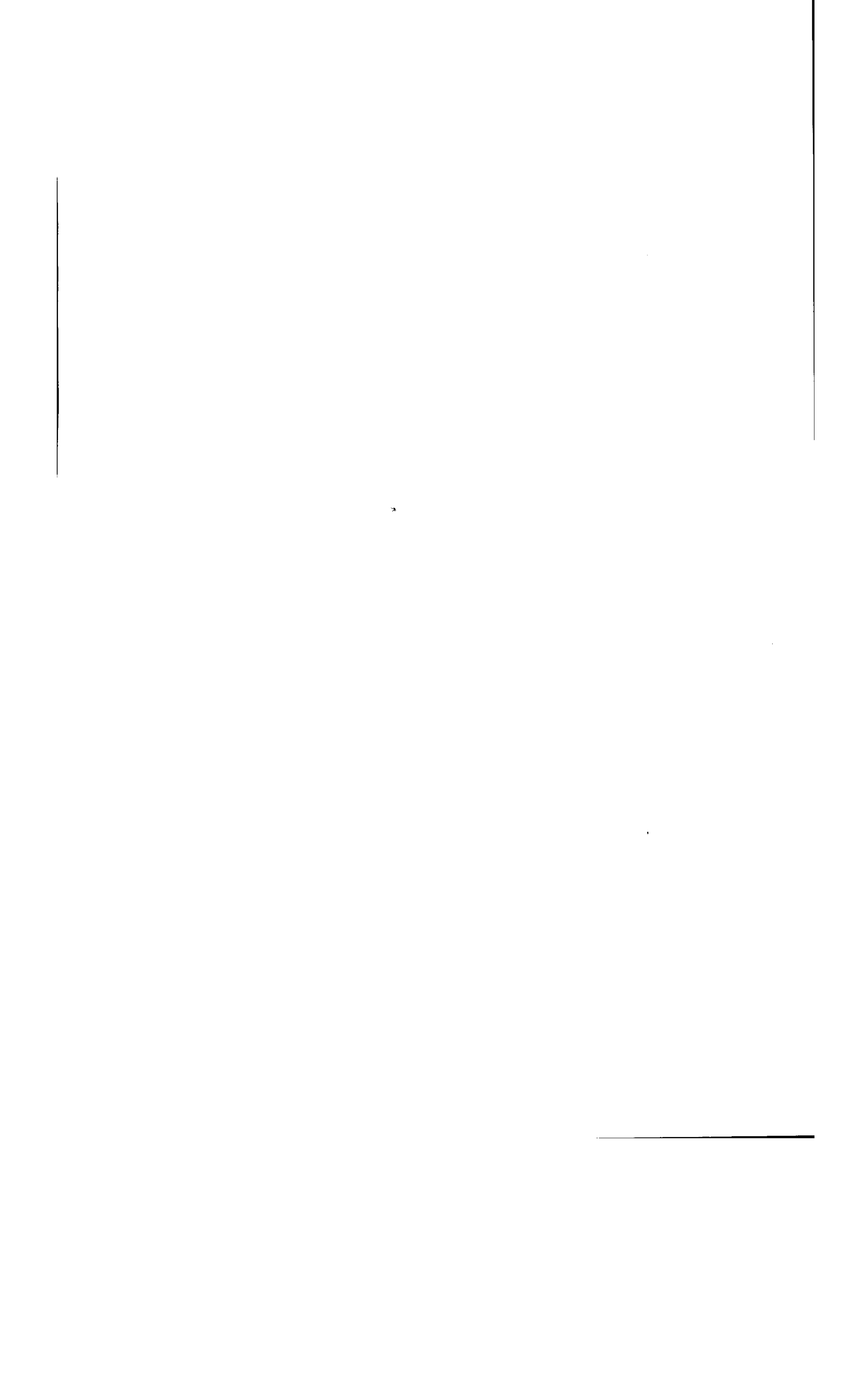
ثالثاً : إن حركات الجسم أحد المحكات التي يمكن من خلالها الكشف عــن طبيعة البناء النفسي والانفعالي للفرد، شأنها في ذلك شأن التعبيـرات والإيماءات الانفعالية، فالإكتئابي عادة مايتميز ببطء الحركة، علــي حين أن مريض الهوس يتسم سلوكه الحركي بالســرعة مــن هــذا المنطلق فإن المريض الذهاني قد تميزه بعض الاضطرابات الحركية من قبيل التوقف التام عن القيام ببعض الحركات، إلي الحد الذي قــد يدخل فيه في نوبات من الغيبوبه والسبات فهو يحجم عن المشــي أو الجلوس أو القيام أو تناول الطعام، وكل ذلك يحــدث تحــت تــأثير بعض المثيرات المتوهمة نتيجة معاناته من الهزاءات التي تســيطر عليه وتدفعه للقيام بتفعيل تلك الأعراض "الذهول – الســبات" .. ومن ضمن اضطرابات الحركة التي نجدها لدي بعـــض مرضــي الفصام عرض "الخلفه" فالاستجابة المتوقعــة لمثــير الدعــوة إلــي المجيء والحضور هي الحضور بالفعل، والاستجابة المتوقعة لالقــاء التحية هو ردها، أما في حالة المريض الفصامي فهو يأتي بعكـــس مضمون المثير، فيتجه لليسار إذا طلب منه السير نحــو اليميــن أو العكس، كذلك قد نجد في بعض حالات الفصام عرض "الاستمرارية" بحيث يظل المريض في وضع حركي واحد وثابت حتى لو كان هذا الوضع مؤلماً وغير مريحاً له، كأن يقف بالساعات الطويلة رافعـــاً يده دون ملل أو تعب أو يجلس فترات طويلة في وضع القرفصـــاء،

وهذا العرض يطلق عليه "الوضع الكتاتوني"، كذلك من ضمن اضطرابات الحركة عرض التكرارية والمداومة علي فعل سلوكي حركي واحد دون تغيره مثل هز الرأس أو القدم أو اليد، الأمر الذي يسبب العديد من المضايقات للأفراد المحيطين به.

رابعاً : يعاني المريض الذهاني عادة من اضطراب واضح في عملية الإدراك، فقد يخاطب الآخرين بصوت مرتفع دون وجود حقيقي لهم يحادثهم ويحادثونه علي المستوي المتخيل، حينئذ نقول أنه يعاني من هلوسة سمعية، أو قد يتأفف من بعض الروائح دون وجود المثيرات المرتبطة بها خارجياً " هلوسة شمية" أو يشعر بأن بعض الحشرات تسير علي جسده دون وجود حقيقي لها "هلوسة حسية" أو يري أشخاص يريدون إيذاؤه دون وجود حقيقي لهم "هلوسة بصرية" وهناك فرق واضح بين الهلاوس والتوهمات، فالأولي تعكس بعض الاستجابات غير المقرونة بمثيراتها، علي حين أن الثانية تتضمن بعض المثيرات الفعلية ولكن يتم تفسيرها بشكل خاطئ ، وتأتي خطورة الهلاوس في أنها قد تدفع بالمريض الذهاني إلي ارتكاب بعض السلوكيات الجانحة والعدوانية وفقاً للأوامر التي يسمعها أو الأشخاص الذين يراهم.

الفصل الخامـــس

الصحة النفسية .. واضطرابات العادات



الفصل الخامس

الصحة النفسية واضطراب العادات

Habit – disorders

يشكو الكثير من الأفراد من بعض السلوكيات التي قد تسبب لهم الضيق والحرج، ولايستطيعون التخلص منها بسهولة من تلقاء أنفسهم، ويحتاجون في المقابل إلي نوع من المساعدة النفسية للتخلص من تلك الأعراض، والتي غالباً ماتكون نتيجة العادة والاعتياد، مثل ظاهرة قضم الأظافر واضطرابات النوم واضطرابات الأكل، وتأتي خطورة مثل هذه العادات المضطربة في أنها تجعل الفرد في حالة من القلق والتوتر، مما ينعكس بالسلب علي إمكانية التفاعل الإيجابي مع الآخرين .. وإذا كانت هذه الاضطرابات نشأت بفعل العادة، فإنه في المقابل يمكن إزالتها ووضع عادات أكثر صحة بدلاً منها عن طريق الاعتياد والتدريب أيضاً .. والشئ الغريب أن الكثير من الأفراد يعتقدون أنَ ظهور هذه الأعراض المضطربة سوف تزول من تلقاء نفسها مع التقدم في العمل، إلا أن الواقع دائماً مايشير إلي أن تلك الأغراض قد تأخذ في التثبيت أكثر من التلاشي والانتهاء وقد يلجأ الكثير من الأفراد إلي استخدام العقاب والتوبيخ لدفع الفرد للتخلص من أعراضه الاضطرابية الاعتيادية وتكون النتيجة المتوقعة مزيداً من التوتر وكثيراً من الاضطراب، وذلك ببساطه لأن هذه الأعراض قد تحقق بعض الإشباعات للشخص، ولكنها اشباعات لاتوافقيه تخفي وراءها العديد من أوجه سوء التوافق وعدم القدرة علي التفاعل الإيجابي، فالفرد الذي يلجأ

إلي قضم الأظافر في أحد المواقف الضاغطة قد لايستطيع في الواقـــع مواجهة تلك المواقف، الأمر الذي يدفعه إلي اللجؤ لهذا العرض كـــأحد الوسائل الهروبية، وامتصاص التوتر الناجم عنه من خلاله .. لذا مـــن الخطورة التعامل مع تلك الأعراض دون توفير الإمكانية البديله للدوافـع الكامنة وراءها .. فالفرد الذي يمص الإبهام أو يجد صعوبه في الدخول للنوم أو اللجؤ إلي الإفراط في تناول الطعام أو اللعثمـــة واضطرابـــات الكلام رداً علي موقف إحباطي تعرض له من قبل الآخرين، يصبح مـن الصعب إزالة العرض دون خضوعه للتدريب الكـــافي علـــي إمكانيـــة التصدي لهذا الموقف الضاغط والتفاعل معـــه بشـــكل أكـــثر إيجابيـــة والعادات السلوكية السيئة إما أن تكون نتيجته للتجاهل منذ البداية تحـت دعوي أنها تزول من تلقاء نفسها مع تقدم الفرد في العمر أو اجتيــــازه لمراحل نمو أكثر تقدما .. وتكون النتيجة تثبت العادة، وأما أن تكـــون نتيجة لسوء تعاملات الآخرين مع الفرد والقائمة عادة علي أساليب النبـذ والإهمال والحرمان والتذبذب وعدم الاتســـاق .. الـــخ وقـــد أشـــارت الدراسات السلوكية إلي أن التخلص من العادة السيئة يتطلب الاعتمـــاد علي الأسلوب التدريجي غير المفـــاجئ مـــع توفـــر البدائـــل الجديـــدة للاشباعات، حتي يتحقق التحلل النسبي من العادة القديمة ودخول العـــادة الإيجابية الجديدة، أما التركيز علي العادة السيئة فقط دون طرح البدائـــل أو مناقشتها مع الفرد من منظور الإقناع والاقتناع من خـــلال الإطـــار المعرفي فلن تحقق الهدف منها إلا في حدود ضيقـــة للغاية وسنعرض

فيما يلي لبعض اضطرابات العادات لدي الأفراد وإمكانية التخلص منـها تحقيقاً لاعلي معدلات ممكنه من الصحة النفسية للفرد.

اولاً : قضم الأظافر Nailbiting

يفصح الكثير من الأفراد صراحة بأنهم حاولوا الإقلاع عن مثـل هذه العادة، إلا أنهم فشلوا في الإقلاع عنها ، مما يشير إلي أن الظـاهرة اكتسبت قوة سلوكية "عادة" لايمكن التعامل معها من منظـور الإقنـاع البسيط فقط، ومما يشير أيضاً إلي أن هذه العادة تحقق بعض الأهـداف والدوافع الكامنة وراءها مثل الإقلال من حدة القلق والتوتر أو الرغبـة في إيذاء الذات بشكل غير مباشر وتتجلي الآثار السيئة لقضم الأظـافر في أن الفرد قد يصل إلي مرحلة إصابة الأصابع بالتقرحات والإصابات الدموية الأمر الذي قد يدفعه في كثير من الأحيان إلي عـدم إظـهاره أصابعه أمام الآخرين حتي لايرونه علي هذه الحالة السيئة، وإذا تعدينـا حدود العرض إلي ماوراء العرض لوجدنا أن هـؤلاء الأفـراد الذيـن يقضمون أظافرهم . غالبا مايكونوا علي درجة عاليه من الحساسية في مواجهة انتقادات الآخرين وانتقادهم لهم .. مما يدفعهم للجؤ إلي عمليـة القضم في المواقف الضاغطة والتي تتسم في الغالب بوجـود مثـيرات دافعه لتوترهم وقلقهم .. والشئ اللافت للنظر أن الفرد يمكنـه التحلـل النسبي من هذا العرض في حال وجود بعض المعززات الإيجابية "قلـة الضغوط – انتفاء الأزمات" علي أن العرض سرعان مايعود وبقوة فـي حال عودة المواقف الضاغطة مرة أخري من قبيل الفشـل الدراسـي، التأزم والحرج في مواجهة بعض أشكال التفاعلات الإيجابية خاصة تلك

التي تنطوي علي فكرة المنافسة والتحدي وإثبات الذات والتوكيدية .. وعادة قضم الأظافر قد تخفي وراءها العديد من الأسباب :-

(أ) إرتداد العدوان إلي الداخل .. فمن المؤكد أن الطاقات العدوانية الصادرة من الفرد تجاه الموضوعات الخارجية المحبطة إذا حالت الظروف دون خروجها وتفعيلها، فإنها سرعان ما ترتد إلي داخل الفرد، مسببه الإيذاء للذات ومحاوله النيل منها، سواء علي المستوي المعنوي من قبيل تحقير الذات والشعور بالدونية والإقلال من شأن الذات أو علي المستوي البدني من قبيل الاضطرابات السيكوسوماتيه وكافة التفعيلات السلوكية التي تستهدف الجسم وإصابته وتجريحه مثل إدمان الجسم وخبطه وتعريضه للصدمات والاستهداف للحوادث .. الخ . أو لجؤ الفرد إلي بعض الهوايات والألعاب التي تتسم بالخطورة وتعريض البدن للخطر، لكل ما سبق فإن قضم الأظافر قد يكون في هذه الحالة تعبيراً عن ارتداد العدوان الخارجي إلي ذات الفرد ومن ثم تفعيله علي هذا النحو البدني الذاتي.

(ب) قد يكون قضم الأظافر تعبيراً عن الارتباك وعدم قدرة الفرد علي التفاعل بكفاءة في المواقف الاجتماعية المتعددة، خاصة تلك المواقف التي تشعره بتهديد الذات وعدم قدرته علي إثبات الكفاءة، فقضم الأظافر من هذا المنظور يعد وسيلة للتخلص من القلق والتوتر الاجتماعي وقد أشارت العديد من الدراسات إلي أن إخضاع الفرد للبرامج الخاصة بإزالة الحساسية وتوكيد الذات

والثقة بالنفس، أدت إلي التخلص التام من عرض قضم الأظافر، وذلك لانتهاء الأسباب المؤدية إليه.

جـ - قد يكون قضم الأظافر في بدايته محاكاة وتقليد للآخرين، وبمرور الوقت يدخل العرض في طور العادة التي يصعب التخلص منها فيما بعد.

أساليب مواجهة عرض قضم الأظافر من منظور الصحة النفسية:-

١ - الابتعاد قدر المستطاع عن أساليب التعامل التي تتسم بالنقد والتوبيخ والإقلال من شأن ذات الفرد، فكل تلك الأساليب وغيرها قد تدفع بالفرد إلي مزيد من القلق وبالتالي الاحتماء خلف هذا العرض لتخفيف حدة التوتر الذي يشعر به..

٢ - الإكثار من المعززات الإيجابية سواء كانت مادية أو معنوية في حال إقدام الفرد علي الإقلاع التدريجي لعادة قضم الأظافر، لأن من شأن ذلك أن يؤدي إلي تكوين ارتباطات "تشريطات جديدة" قد تحل محل القديمة.

٣ - يمكن للوالدين في حال الأطفال استخدام أسلوب العقاب والمتمثل في سحب المعززات الإيجابية التي يشعر الطفل من خلالها بالراحة في حال عدم جدوي الأساليب السابقة من قبيل حرمانه من بعض الألعاب التي يهواها أو عدم إتاحة الفرصة له لممارسة بعض الأنشطة المحببة له.

٤ – يمكن إخضاع الفرد لبعض برامج الإرشاد الانفعالي العقلاني، والتي تتضمن توجيه الانتباه إلي عدم مفعوليه العرض علي المستوي المعرفي، الأمر الذي يترتب عليه إحداث التعديل المطلوب علي المستوي المعرفي ثم الانفعالي ثم السلوكي.

٥ – توجد بعض التكنيكات التدريبية "التمثيل" والتي تنطلق من فكرة نظرية مؤداها أن قضم الأظافر يعد سلوكاً لا إرادياً يفتقد إلي عنصر الوعي، فحينما نسأل أحد الأفراد الممعنين في هذا السلوك لماذا تفعل ذلك ؟ ستكون إجابته "لا أعرف" فإذا استطعنا تحويل اللاوعي إلي وعي حينئذ نضمن مؤقتا اختفاء آثار العرض بالتدريج، وتحقيقا لهذا الهدف يمكن أن نطلب من الفرد أن يجلس أمام مرآه ويقوم بتمثيل موقف قضم الأظافر، وهو يري نفسه من خلال المرآة قائلاً بصوت مرتفع "لن اكرر هذا السلوك مرة ثانية" فمثل هذا الحديث الظاهر مع الذات يمكن أن يتحول فيما بعد إلي نوع من الحديث الداخلي " نظرية بيكنبوم" ومن ثم شعور الفرد بسخافة ما يقوم به من سلوك ، وبالتدريج تبدأ أعراض قضم الأظافر في الاختفاء ، فالوعي هنا يجعل الفرد في حالة من التحكم الإرادي في سلوكه.

٦ – من ضمن التكنيكات التدريبية أيضاً توفير سلوكيات بديلة تنافس العادة القديمة بحيث يتم شغل العادة القديمة عن ممارسة دورها بفعالية من قبيل دعوة الفرد لاستخدام وأشغال يده في حال شدة دافعيته لعملية القضم مثل الإمساك بالقلم وممارسة هواية الكتابه

أو الرسم أو القيام ببعض عمليات الفك والتركيب أو تكليفه ببعض المهام اليدوية.

٧ – إذا كانت عادة قضم الأظافر تخفي وراءها نوعاً من القلق والتوتر، فيمكن تدريب الفرد إجرائياً علي كيفية القيام بعملية الاسترخاء البدني Relaxation حيث يقوم الفرد بالاستلقاء علي السرير مع عدم وجود مثيرات صوتية أو ضوئية ظاهرة، ويطلب منه عدم التفكير في أي موضوع، مع أخذ شهيق وزفير حتي يتحلل تدريجياً من شدة التوتر.

ثانياً : مشكلات النوم Sleep – disturbances

تتعدد مشكلات النوم لدي العديد من الأفراد، بداية من الاستغراق الطويل في النوم إلي الأرق وعدم الرغبة في الدخول في النوم وانتهاءً بالكوابيس والأحلام المزعجة والتحدث أثناء النوم وكذلك المشي أثناء النوم.

(أ) قلة النوم ..

- قد يرجع قلة النوم إلي زيادة التنبيه لدي الفرد نتيجة تعرضه للمواقف المثيرة للانفعالات، من قبيل مشاهدة الأفلام التي تنطوي علي مشاهد عنف وقتل حركة زائدة، أو قراءة القصص المثيرة، أو الدخول في مناقشات يغلب عليها جانب الإثارة اللفظية والغضب والتوتر، فكل هذه الموضوعات مجتمعه قد تزيد من شدة التهيج

الانفعالي للفرد، وتسبب له التوتر، مما يعيقه عن الدخول في النوم بسلاسة ويسر.

- أن ارتفاع القلق بعامة لدي الفرد قد يكون سبباً في يقظته وعدم دخوله إلي النوم بسهولة، ذلك القلق الذي يتصل بانعدام دفء مشاعر الآخرين تجاه الفرد والصعوبات الاقتصادية والضغوط الحياتية، فمثل هذه المواقف الضاغطة تستنفر طاقات الفرد الانفعالية، وتدفعه إلي التفكير فيها . مما يحول دون إمكانية الاسترخاء والهدوء ومن ثم قلة النوم.
- أن الحماية الزائدة للفرد وعدم قدرته علي تحمل المسئولية واعتماديته الشديدة علي الآخرين خاصة في مراحل الطفولة المتعددة، قد تؤدي إلي اضطراب النوم لديه، فهو يخشي لاشعورياً أن يفقد ذلك التدعيم إذا ما ذهب إلي النوم بمفرده، فقلق الانفصال قد يتبدي إكلينيكياً في الخوف من الوحدة بالليل . لأنه لم يعتد أن يكون بمفرده خلال اليوم، هذا فضلاً عن أن بعض الراشدين يخافون الظلام، ومن ثم فالدخول إلي النوم في الحجرات المظلمة قد يفتح لديهم الاحتمالات لإثارة التخييلات المرتبطة بالظلام، وأغلبها تصبح معاني مخيفة، الأمر الذي يزيد من قلقه ويحول دون استسلامه للنوم بشكل هادئ .
- قد تلعب بعض الطقوس الوسواسية والأفعال الحوازية دوراً كبيراً في عرقلة الدخول إلي النوم بيسر وسلاسة، وهذه الطقوس عبارة

عن أفعال تافهة ومع ذلك لايستطيع الفرد الفكاك منها ، وفي هذه الحالة ينبغي علي الفرد سرعة عرض نفسه علي الأخصائي النفسي للوقوف علي أسباب تلك الأعراض الحوازية والتي تعكس وراءها نوعاً من الشك والارتياب، والإحساس الشديد بالقلق في حالة عدم القيام بها وتنفيذها.

والتعامل مع عرض قلة النوم يتطلب القيام ببعض الإجراءات التي تسهم بدورها في تحقيق معدلات مرضية من الصحة النفسية و التي يمكن بلورتها في الآتي.

١ - من المؤكد أن تثبيت مواعيد النوم قد يخلق في المقابل نوعاً من الاعتياد (العادة) ... الأمر الذي يجعل التضارب في تلك المواعيد وعدم الارتباط بها أحد عوامل قلة النوم ، فالتباين في المواعيد قد يؤدي إلي عدم انتظام دوره النوم والاستيقاظ الطبيعية.

٢ - إذا كانت قلة النوم راجعة للخوف من الظلام لدي البعض، فلا مانع حينئذ من ترك اضاءة خفيفة داخل الغرفة حتي يشعر الفرد بالامان ومن ثم قلة التوتر والدخول للنوم.

٣ - ضرورة تجنب الاستثارة الزائدة التي تؤدي إلي تهيج الجهاز العصبي وتسبب التوتر والقلق، خاصة في مرحلة ماقبل الدخول إلي النوم، مثل الابتعاد عن مشاهدة الافلام المرعبة وقراءة القصص العنيفة أو المشاجرات المصحوبة بالانفعالات الغاضبة،

أو التفكير في حل المشكلات الضاغطة بطريقة انفعالية زائـــدة أو اللجوء إلي التدخين وشرب الكحوليات .. الخ

٤ – ضرورة القيام ببعض الإجراءات الباعثة علي تحقيق الاســـترخاء قبل الدخول إلي النوم من قبيل الاستماع إلي بعـــض الموســـيقي المحببه، أو قراءة بعض النصوص الأدبية والثقافية الهادئة الايقاع أو القيام ببعض تمرينات الاسترخاء العضلية.

ب – الكوابيس والمخاوف الليلية Nightmares, Sleep Terrors

كثيراً ماينتاب الأفراد بعض الكوابيس المزعجه أثناء النوم، بحيث يستيقظ من نومه بشكل فجائي، وذلك لردود أفعال مخيفة خلال الاحــلام الليلية، وغالباً مايصاحب ذلك إحساس الفرد بالضيق وعـــدم الســـعادة، والكابوس هو استجابة للرعب أكـــثر مـــن الحلـــم المزعـــج البســـيط، والكوابيس عادة ماتكون مصحوبة ببعض المظاهر الانفعالية مثل تصبب العرق واتساع حدقة العين والتعبيرات الوجهية الخائفة وصعوبة التنفس، علاوة علي ارتعاش الأطراف وأصفرار الوجه، بل والصراخ أحيانـــاً، وفي حال تكرار مثل هذه الكوابيس يصبح من اللازم التعرف علي البناء النفسي والانفعالي للفرد عن طريق الإحصائي النفسي ويمكن الإقـــلال النسبي من حدة هذه الكوابيس عن طريق تجنب معايشة الأحـــداث ذات الطبيعة الضاغطة (التوتر) أثناء النهار حتي لاتصبح مادة خام للأحـــلام المزعجة أثناء النوم، مع عدم تعرض الفرد لمشاهد العنـــف أو ســـماع القصص المخيفة إذ التهديد بالحرمان والـــهجر وفقـــد دفء العلاقـــات

الإنسانية، فمثل هذه المستويات من الإثارة قد تؤدي إلي زيادة القلق ومن ثم ظهورها في شكل كوابيس ليلية.

جـ – النوم الزائد Increased – sleep

إذا كان عرض قلة النوم وصعوبة الدخول فيه تمثل أحد مظاهر اضطرابات النوم، فإن الاستغراق في النوم لفترات طويلة يعد علي الجانب الآخر أحد أعراض هذه الاضطرابات والذي يرجع إلي عدة أسباب يتصدرها رغبة الفرد في الانسحاب من المواقف الضاغطة وعدم قدرته علي مواجهتها مثل الفرد ذو المزاج الاكتئابي، كذلك قد يكون الفرد ذو طبيعة سلبية يتسم سلوكه بالرتابة وعدم التحديد وضعف النشاط العام general – activity، الأمر الذي يجعل استغراقه في النوم مسايراً لطبيعة هذه الأعراض والسمات، وقد يكون الإرهاق الجسدي أحد أسباب النوم الزائد، انطلاقاً من فكرة التعويض وتجديد النشاط، وقد تكون زيادة النوم راجعه إلي بعض أنواع الدواء "الآثار الجانبية " التي يأخذها الفرد . لذا من الضروري الوقوف علي الأسباب النوعية للنوم الزائد ومن ثم التعامل مع كل حالة علي حدة ، للتخلص من هذا العرض الذي يحول بين الفرد وإمكانية الإحساس بالصحة النفسية.

ثالثاً : اضطراب الأكل Fating – disorders

تتعدد اضطرابات الأكل لدي الأفراد بحيث يمكن تصنيفها إلي

(أ) البدانة (الأكل الزائد" Obesity

(ب) النحافة (الأكل القليل" Fating too Little

البدانة ..

لاينبغي الربط بين البدانة وكثرة تناول الفرد للطعام، لأن هذا الربط لابد أن يأخذ بعين الاعتبار بعض المتغيرات الأخرى من قبيل الهرمونات وحرق السعرات الحرارية "الحركة الشديدة" والبدانة المقصودة هنا كأحد اضطرابات الأكل هي تلك الراجعة إلي الإفراط الشديد في تناول الفرد للطعام.

(أ) إذا تناولنا فكرة الطعام في مقابل الرغبة في الإشباع البدني لوجدنا أن تناول الفرد للطعام يساوي سد الحرمان الناجم عن قلة الطعام، فالأساس إذن هو الشعور بالحرمان ثم السعي نحو إشباع هذا الحرمان، من هذه النقطة تحديداً فإن الإفراط في تناول الطعام قد يكون أحد الميكانيزمات الخاصة بسد الحرمان، ليس علي المستوي البدني فقط وإنما علي كافة المستويات النفسية والانفعالية الأخري، وإلا بما نفسر لجؤ الفرد في حالات الضغط والانعصاب إلي تناول كميات كبيرة من الطعام تفوق قدرته البدنية علي تحملها خارج حدود الإشباع الطبيعي (الالتهام) من هذا المنطلق فإن إقدام الفرد علي تناول كميات كبيرة من الطعام بشكل مبالغ فيه قد يكون تعويضاً لحرمان مايشعر به. ومن ثم تحقيق الإشابعات الخاصة به بشكل خاطئ، ولكن إذا أخذنا في الاعتبار أن التناول الكثير للطعام قد يؤدي إلي الإشباع الفوري والسريع لبعض مواقف الحرمان، فإن النتيجة البعيدة والمتراكمة هي زيادة وزن الفرد بشكل لافت للنظر، مما قد يسهم بشكل مباشر في تشويه صورة الجسم، مع كل مايترتب

علي ذلك من مشاعر القلق والتوتر خاصة لدي الإنـــاث حيـــث تلعب صورة الجسم لديهن دوراً كبيراً في إثارة القلـــق والتوتـــر . (البدانة/ النحافة).

(ب) فضلاً عن السعي نحو إشباع الفرد للحرمان بواسطة الإفراط في تناول الطعام، فإن سعي الفرد لذلك قد يكون أيضاً نتيجة للمحاكـــاه والتقليد الاجتماعي، حيث ينشأ الفرد في بيئة تعطي لمحددات الطعام والغذاء أهمية تفوق الوصف، فالصغير الذي يلحظ الميـــل الشـــديد للأباء والأمهات في الاهتمام بمحددات الطعام، قد يميـــل بقصـــد أو دون ذلك إلي محاولة تقليدهم، دون أن تتوفر لديه المعرفة والوعـــي بالآثار السلبية المترتبة علي عملية تناول الطعام بشراهة، فـــالافراط في تناول الطعام يعد حينئذ أحد الميكانيزمات الخاصة بتقليد الكبـــار ومحاكاتهم بل والتوحد اللاشعوري بهم ، خاصة إذا كان الوالدان من النوع البدين (Social – Learning)

(جـ) تلجأ العديد من الأسر إلي الربط المطلق والخاطئ بيـــن تنـــاول الطعام ونضج الفرد جسمياً، ويبدو ذلك في القول الشائع " لابد ان نأكل كثيراً حتي تصبح كبيراً مثلنا " وعلي الرغم من منطقية مثل هذا الربط علي الأقل في إطار فئة عمرية معينة، خاصـــة مـــن الناحية البيولوجية، إلا أن المبالغة في التأكيد علي هذا الربط قـــد تدفع بعض الأطفـــال إلي تعجل النضج والنمـــو، ومـــن ثـــم الإفراط في عملية تنـــاول الطعام بشراهة حتي يصبحوا بدورهم كبار وناضجين، مثل الفتـــاه التي تدخل في نوبة هستيرية مـــن

الأكل المستمر والمتواصل، حتي تصبح علي غرار الأم "تخيـــل الحمل"، فلابد من تزويد الأفراد بالثقافة الغذائية القائمة علـــي أن الأهمية ليست بكثرة التناول، بقدر ارتباطـــها بنوعيـــات غذائيـــة معينة.

د – إن عادات الطعام من خلال دينامية الجماعة قد تلعب دوراً كبـــيراً في زيادة وزن الفرد بشكل ملحوظ، فالفرد عادة مايقلد أقرانـــه أو الأشخاص الذين يدخل معهم في دائرة من العلاقات التفاعلية، فإذا كان هؤلاء الأفراد يلجأون إلي عادات خاطئة في عمليات التنـــاول مثل الإفراط في أكل الوجبات السريعة، أو الإقبال الشـــديد علـي بعض الأغذية فيما بين الوجبات .. فإن كل تلك العـــادات تـــؤدي بمرور الوقت إلي زيادة وزن الجسم وحدوث البدانة.. وقد يعـــد الفرد الممتنع عن التناول في هذه الحالة بمثابة عضو خارج عـــن أطر جماعة الانتماء، الأمر الذي يصمه أحيانا بالنفور وعدم التقبل من خلال الجماعة.

هـــ – إن إفراط الفرد في تناول الطعام قد يكـــون رد فعـــل معـــاكس لأساليب التعامل معه، خاصة إذا كانت تلك الأساليب تتسم بالقسوة والعنف واللامبالاة وعدم الاهتمام به، حينئذ يمكن تفســـير هـــذا العرض من خلال أكثر من اتجاه.

أولا : – قد يكون الهدف هو مضايقة الآخرين خاصة الوالدان اللـــذان لايكفان عن تعنيفه والإقلال من شأنه وكأن لسان حاله يقـــول " إذا

كنت لااستطيع مضايقتكما فسألتهم مزيداً من الطعام وسأكون بديناً، لأني أعرف أن البدانة سوف تسبب لكما الضيق والتوتر" إن هذه الصيغة الحوارية الداخلية عادة ما تكون في الحالات التي يبدي فيها الآباء والأمهات نوعاً من القلق المبالغ فيه بشأن بدانة طفلهما .. وتعنيفه المستمر علي ذلك.

ثانياً: أن إحساس الفرد بالحرمان والإهمال قد يدفعه إلي تشويه صورة ذاته، سواء علي المستوي النفسي أو البدني، وكأن لسان حاله يقول "إذا كانت بدانتي سبباً في نفور الناس مني وعدم اقترابهم وتفاعلهم معي، فسوف أستمر في ذلك غير مبال بنصائحهم، فالإبقاء علي هذا العرض "التناول المفرط للطعام" قد يعطيه فرصة منطقية "من وجهة نظره" لتقليص فرص التفاعل معهم والابتعاد عنهم.. فالبدانة هنا تعد أحد الميكانيزمات القائمة علي تبرير سلبية الفرد وعدم قدرته علي إقامة علاقات مشبعه مع الآخرين Obesity as Adefence

(و) إن وجود وقت كبير للفراغ والإحساس بالملل وعدم وجود نشاطات مشبعة، قد تدفع الفرد للإفراط في تناول الطعام بكميات كبيرة كرد فعل لهذا الإحساس السلبي، مما يزيد من بدانته ومن ثم مزيداً من الإحساس بعدم التقبل الاجتماعي وتقليص فرص التفاعلات والمشاركات الاجتماعية المشبعة.

قلة الأكل Eating too little

(أ) إذا كان الإفراط في تناول الطعام يعد أحد اضطرابات الأكل الشائعة، مع كل مايترتب علي ذلك من بدانة جسميه وتشويه صورة الذات البدنية، فان قلة الإقدام علي الطعام بعامة أو الاتجاه السلبي نحو بعض الأطعمة والمأكولات يعد أيضاً أحد اضطرابات الأكل . والشئ المثير للاهتمام في هذا الصدد أن بعض الأفراد يفسرون اهتمام الغير بأمر تغذيتهم ودفعهم لأكل أطعمة معينة بأنه نوعاً من الإرضاء لهم وليس له ، الأمر الذي يدفعه إلي الرفض هروباً من دائرة سيطرة الآخرين عليهم، فالطفل الذي يدرك أن والديه يعطيان أهمية كبيرة للأكل والطعام ويطالبان الطفل بالتنفيذ الفوري لرغبتهما ، قد يلجأ في هذه الحالة إلي رفض الطعام وعدم تناوله تحقيقاً لاتجاهاته السلبية نحوهما.

(ب) إن بعض الأفراد قد يطورون نوعاً من السلوكيات التي تشير إلي رغبتهم في الاستقلالية والتحرر من الآخرين، مثل رفض الذهاب معهم في أحد المناسبات ، أو رفض ارتداء أنواع معين من الملابس أثناء الخروج معهم، واستمراراً لهذه الرغبة في الاستقلال والتميز والتفرد، قد يلجأ إلي الامتناع عن أكل أنواع معينة من الطعام أو قد يتخذ اتجاها سلبياً من عملية الأكل برمتها، تأكيدا لاستقلاليته وبأنه قادر علي تحقيق مايهدف إليه من أفعال ، بعيداً عن دائرة التبعية للآخرين.

(جـ) محاكاة الطفل للوالدين أو الكبار الذي يتناولون أمامه الطعام قد تعد أحد الأسباب وراء انتشار عرض قلة الطعام، فالآباء والأمهات الذين لايكترثون بقضية الطعام وإعطائها درجة قليلة من الاهتمام ، سوف يساهمون بشكل غير مباشر في تطوير الاتجاهات السلبية نحو الطعام لدي الابناء ، ويمكن ملاحظة ذلك في الأسر شديدة النهم والشراهة في تناول الطعام أو علي العكس من ذلك الأسر شديدة الإحجام عن عملية التناول، فأطفال كلا النموذجين أقرب إلي تمثل النماذج الوالديه، فالأب الذي يظهر ضيقه وتبرمه من نوع معين من الطعام أمام طفله قد ينمي في هذا الطفل نوعاً من النفور نحو هذا النوع من الطعام أو ذاك وبمرور الوقت تبدأ دائرة التفضيلات لأنواع الطعام في الظهور، وإذا كان الكبار لديهم الوعي والقدرة علي عملية التفضيل أو الرفض لأنواع معينة من الطعام، نظراً لمعرفتهم بأوجه الإفادة والآثار الصحية المترتبة علي عملية التفضيل او الرفض، فان الصغار لايمتلكون مثل هذا الوعي والدرايه .. الأمر الذي يدفع بالوالدين إلي ضرورة الاهتمام بالتناول الرمزي لبعض الأطعمة أمام الطفل حتى لو كانت نوعية الطعام غير مقبوله لديهم حتي يتسني دفعه للتقليد والمحاكاه ومن ثم التناول والإقدام علي هذا الطعام .. لكل ماسبق ينبغي علي الكبار عدم إظهار انفعالاتهم السلبية "النفور – الامتعاض – التأفف" لأنواع معنية من المأكولات أمام أطفالهم حتي لايساهموا في تشكيل اتجاهات سلبية نحو الأكل لديهم.

أ.د فتحي الشرقاوي

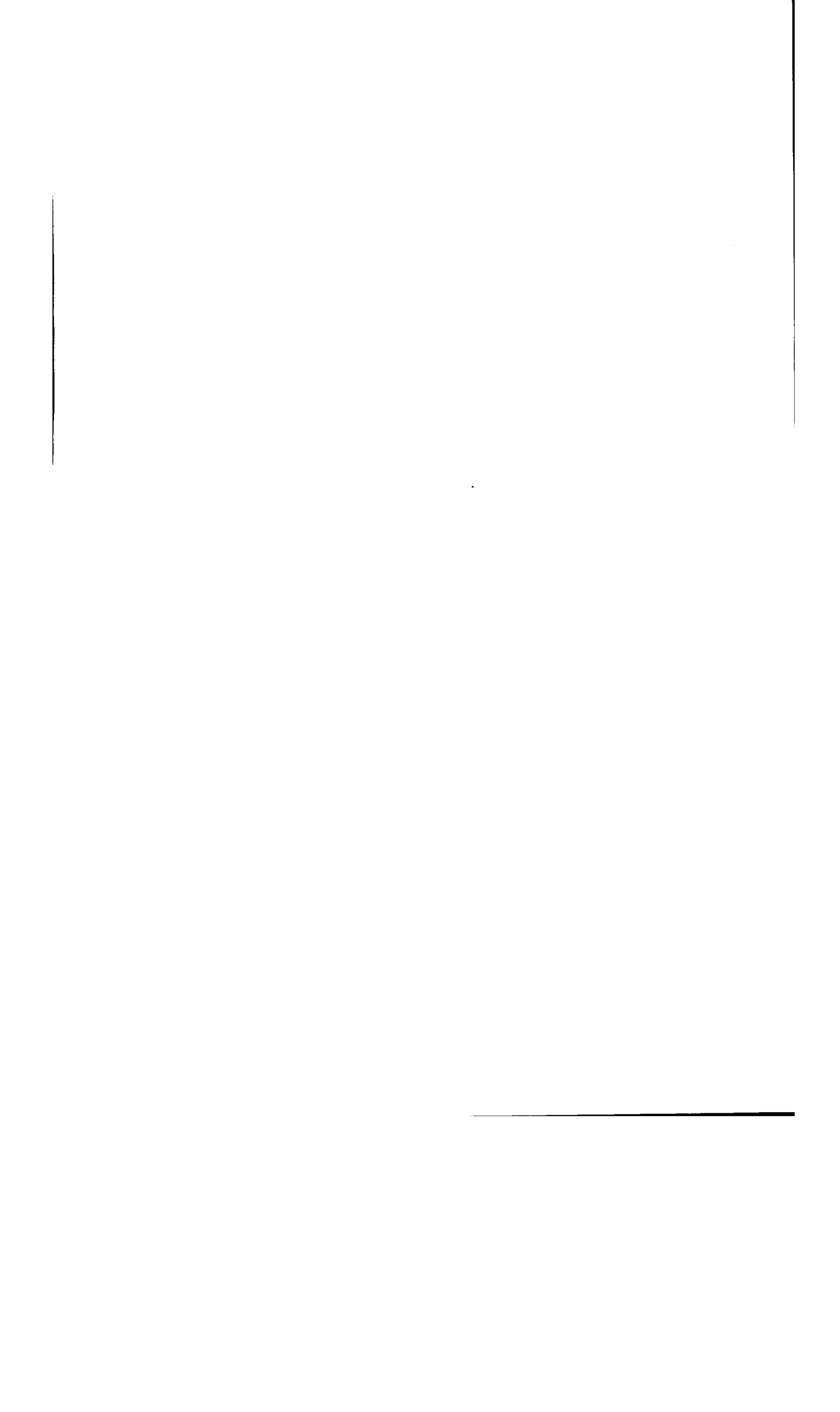
د – يرتبط بهذا الموضوع أيضاً مدي قدرة الكبار علي تطوير قبولهم لأطعمة لاتدخل في دائرة إهتمامتهم النمطية الجامدة، فبعض الكبار قد يفتقدون القدرة علي تجريب أنواع جديدة من الطعام ، بل ويظهرون صراحة رفضهم التام للمحاولات الجديدة الرامية إلي كسر حدة جمودهم وارتباطهم بأنواع محددة منها .. إن مثل هذا الإجراء قد يسهم بشكل مباشر أو غير ذلك إلي دفع الأبناء للارتباط بأنواع معينة من الطعام دون القدرة علي استكشاف مأكولات جديدة منها، الأمر الذي قد يسهم في النهاية في بلورة اتجاه نحو قلة الطعام أو رفض أنواع معينة من المأكولات.

(هـ) إن تدريب الأبناء علي عادات الأكل قد تتأ. بشكل واضح بالطبيعة النوعية لأساليب التدريب، فبعض الأبـاء والأمهات قد يدفعوا أولادهم تسرا في سبيل تناول الطعام، دما يجعل نفور الطفل من عملية الأكل بمثابة المبرر لعقابه وتوقيع الجزاء السلبي عليه، فتدريب الأبناء علي تناول الطعام وعادات الأكل لابد أن تكون في جو من الهدوء والبعد عن التوتر ، فضلا عن الابتعاد عن الأساليب التي تتسم بالقسوة والإجبار والنقد والتوبيخ ، لأن مثل هذه الأساليب قد تأتي بنتائج عكسية تتمثل في الأحجام وعدم الإقبال المطلوب علي تناول الطعام، فالطفل الذي يرفض الطعام يمكن استبداله بأخر يتضمن نفس القيمة الغذائية، أو محاولة تقديمه له بشكل آخر، أو التنويع في عملية الطهي والإعداد..

أ.د فتحي الشرقاوي

الفصل السادس

الصحة النفسية .. الإرشاد والعلاج



الفصل السادس

الصحة النفسية وبعض أنواع العلاجات

توجد العديد من التكنيكيات العلاجية والإرشادية التي يمكن الاعتماد عليها في التعامل مع الأعراض النفسية التي تتسم بسوء التوافق، ولايعني ذلك اقتصار هذه التكنيكيات علي الحالات المرضية فقط، وإنما تتعداها كذلك إلي الأفراد العاديين من غير المرضي، الذين يعانون من بعض سوء التوافق من قبيل الخجل الاجتماعي والحساسية المفرطة والاندفاعية والنشاط الحركي والغضب.

ولابد من التنويه إلي أن هذه التكنيكات ممعنة في التخصص بحيث لايستطيع الفرد القيام بها أو تطبيقها دون الاستعانة بأحد المتخصصين في المجال العلاجي والارشادي، الذين تلقوا بدورهم برامج تدريبية في هذا الصدد، ولايوجد تكنيك بعينه يصلح في مواجهة كل أنواع الاضطرابات وإنما الاختيار من بينها يعتمد علي الطبيعة النوعية للمرض، فضلاً عن شدة الأعراض المرضية، ففي بعض الاضطرابات النفسية التي تضرب بجذورها إلي ترسبات ومكبوتات لاشعورية شديدة العمق، يصبح من غير المفيد اللجوء إلي تكنيكات تتعامل مع الملامح الخارجية للأعراض النفسية فقط، فالأمر يستلزم حينئذ الدخول في العلاج النفسي المتعمق، القائم علي كشف الصراعات الطفلية وميكانيزمات الدفاع والمقاومة والطرح وإعادة بناء الوقائع الماضية في إطار الظروف الحالية بكل ما تتضمنه من معايير وأطر علي مستوي الراشد ... وسنعرض في هذا الصدد لثلاثة أنواع

العلاجات النفسية (العلاج الجمعي، العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج بالكف السلوكي) كنماذج توضيحية في هذا الصدد.

أولاً : العلاج الجمعي Group – Therapy

إذا كان العلاج النفسي الفردي القائم علي اللقاء المباشر بين المريض والمعالج ينطلق من فكرة مؤداها أن لكل مريض وحدته المتفردة، وصراعاته النوعية، وأساليبه الخاصة في مواجهة صراعاته، فإن العلاج الجمعي القائم علي عقد جلسة علاجية لأكثر من فرد في وقت واحد وفي حضور المعالج قد تنطلق بدورها من عدة منطلقات نظرية، أثبتت فعاليتها الأبحاث العديدة في مجال علم النفس الاجتماعي.

(أ) علي الرغم من وجود اختلافات عديدة في أساليب التعبير عن الصراعات بين الأفراد وبعضهم البعض، إلا أنهم قد يشتركون معاً في المعاناه من بعض المشكلات مثل الخوف من مواجهة بعض المواقف الاجتماعية، الانسحاب، عدم القدرة علي اتخاذ القرارات، عدم القدرة علي التوافق، الحساسية المفرطة، أن هذا التشابه في المعاناه يمكن استثماره جماعياً من خلال التفاعل بين أكثر من عضو للتعرف علي أساليب المواجهة، ومدي اقترابها من الأساليب التوافقية أو انحرافها عنها، فالفرد دائماً مايميل إلي التفاعل مع من يشبهونه، حينئذ تتحول مشكلته الفردية ذات المنظور الفردي إلي مشكلة جماعية تتسم بالعمومية، الأمر الذي يجعله أكثر يجابية في طرحها ومناقشتها من خلال الوسط الاجتماعي، ذلك الوسط الذي يدعمه ويقدم له كل العون،

فالجميع في جلسة العلاج الجمعي في حاجة إلـــي تدعيـم، وعنصـر التشابه حينئذ قد يحقق نتائج إيجابية، فمعظم الحاجات النفسية من قبيـل الحاجة للحب والتقبل والانتماء والمكانة والتقدير والمسئولية، لاتتــأت إلا من خلال تقبل الآخرين للفرد، وإعطاؤه مشروعية الوجود، فـــإذا استطاع المريض في الجلسة الجماعية مـــن الإحســـاس بمثــل هــذه الحاجات، أمكنه في مراحل تالية من نقلها "انتقال أثر التدريـــب" إلـــي غيرها من المواقف الاجتماعية العديدة والمتنوعة خارج نطاق الجلسـة "في الأسرة – في العمل – مع الأصدقاء ... الخ".

(ب) تستند فكرة العلاج الجمعـــي علـــي مبـــدأي الامتثـــال للمعـــايير الاجتماعية وصراع الأدوار، فالفرد يستمد مشروعية وجودة كذات من خلال مدي امتثاله ومسايرته لجملة من المحكات والأطر المجتمعيـــة التي توافق عليها جماعة الانتماء، وكلما كان الفرد أكثر توحـــدا بـــها وتفاعلا معها، كلما كان أقرب إلي السواء والتوافق، والعكـــس يبـــدو صحيحا في هذا السياق، ومن خلال الجلسات الجماعيـــة والتفـــاعلات المتبادلة في الوسط الاجتماعي لمجموعة الأعضـــاء " مـــع بعضـــهم البعض – ومع المعالج" يتم التعرف عن قرب علـــي أبعـــاد وملامـــح المحكات المعايير والمحطات التي ينبغي الالتزام والتوحد بها، ثم تأتي مرحلة المقارنة لتدعيم الجوانب التي تساير المعايير المتعارف عليـــها، ومحاولة الإقلال أو التعديل أو التقليل لكل مايتعارض معهـــا، كل ذلك يتم من خلال ديناميات الجماعة وحرصها علي تحقيق أهداف كل فـــرد فيها، أما بخصوص مبدأ صراع الأدوار، فكل فرد له أدواره المحـــددة

التي ينبغي عليه القيام بها، وفقاً لمعايير السن والجنس والمهنة والمكانة الاجتماعية، وهذه الأدوار تعد أحد المؤشرات الهامة في الحكم علي السلوك الفردي من حيث توافقه أو عدم توافقه، وفي حال قيام الفرد بممارسة أدوار تخرج في إطارها عن المعايير الذاتية والمجتمعية، حينئذ يحدث الصراع الداخلي والنفور الخارجي من خلال استهجان الآخرين وعدم تدعيمهم، لذا فإن العلاج الجمعي دائماً مايركز علي أدوار الفرد من خلال رؤية الآخرين والوسط الاجتماعي له ، ومن خلال عملية التفاعل بين الأعضاء، يبدأ الفرد في الوعي الذاتي بطبيعة أدواره ومدي ملائمتها لابعاده الذاتية ومحددات الواقع الذي يتم من خلاله القيام بهذه الأدوار.

(جـ) يعتمد العلاج الجمعي علي فكرتي التوافق والعزلة الاجتماعية، فالصحة النفسية تتطلب من الفرد تحقيق هدفين مزدوجين معاً، القدرة علي الفرد لذاته مع توكيدها وتحقيقها، وفي نفس الوقت القدرة علي إشباع حاجات الجماعة والامتثال لها والانتماء إليها، والجلسات العلاجية الجمعية تؤكد في مضمونها علي هذين الهدفين من خلال البحث في الأساليب التي يمكن من خلالها للفرد تحقيق توافقه الذاتي والمجتمعي في آن واحد ، أما عن فكرة العزلة الاجتماعية فمؤداها أن الآخرين هم المرآة التي يري الفرد من خلالها ذاته الفعالة، فإذا استطاع الفرد أن يطرح صراعاته من خلال مجموعة من الأفراد، ويشاركهم الرأي والتبادل في الرؤي والخبرات،

يستطيع حينئذ من التغلب علي عزلته، ويبدأ في الاندماج معهم، واكتساب مهارات جديدة في التواصل والاتصال منهم.

(د) إن الوسط الاجتماعي المدعم للفرد، قد يدفعه لأن يكون أكثر جرأة وأقدر تعبيراً عن مشكلاته دون خوف أو تهيب، وعلي العكس من ذلك فإن الوسط الاجتماعي المحبط والغامض قد يدفع الفرد بدوره إلي الإحجام عن التعبير والابتعاد والتجنب والبحث عن أساليب ممعنة في الذاتية لحل إحباطاته، من هذا المنطلق فإن روح الجماعة التي تجمع الأعضاء في جلسة العلاج الجمعي قد تجعل المريض أقل حساسية في طرح أفكاره وأقل مقاومة في التعبير عنها، لأنه يتواجد في وسط اجتماعي يتشابه معه في مشكلته، مما يعطيه الثقة في عملية الطرح، وكأن لسان حاله يقول "لست وحدي الذي أعاني .. لست وحدي الذي يفشل في مواجهة المواقف، فكلنا كذلك .. ولابد لي من الخروج من هذا المأزق " أن هذه الصيغة الحوارية الداخلية قد تدفعه إلي التحلل النسبي من مقاومته، وتجعله أكثر قدرة علي التعبير عن صراعاته، ومن ثم الوصول إلي صيغ توافقيه من خلال الوسط المدعم له.

(هـ) إذا كان العلاج الفردي يعتمد علي المنظور اللفظي في حل الصراعات من خلال التفاعل المباشر بين المريض والمعالج، فإن العلاج الجمعي بما يتضمنه من ممارسة أدوار أدائيه "درامية" ومناقشات جماعية وأداء واجبات منزلية، قد يسهم وبشكل إجرائي في تعليم المريض مهارات التواصل مع الآخرين ، وأساليب التعبير

الإجرائية عن انفعالاته، وكيفية معايشته للأجواء الأجتماعية وكذلك قد يسهم في إعادة بناء الشخصية وتنظيمها مرة أخري.

ويتصدي العلاج الجمعي للعديد من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية والانفعالية مثل حالات الإدمان والاضطرابات السيكوسوماتيه والتوهمات المرضية وحالات الفوبيا الاجتماعية، وحالات الانزواء والعزلة الاجتماعية، وحالات الاكتئاب، واضطرابات الكلام، وأساليب المعاملة الوالديه السلبية، والصعوبات المهنية، وصراع الأدوار الأسرية، والإحساس بالعجز والشعور بالدونية، وتأهيل الانحرافات السلوكية الجانحة، ولابد من توفر عدة شروط للجلسة العلاجية الجمعية يمكن بلورتها في : -

اولاً : قبل البدء في فعاليات الجلسة العلاجية الجماعية، لابد للمعالج من القيام بالجلسات الفردية مع كل عضو من أعضاء الجماعة، للتعرف علي الصعوبات التي يعاني منها، وأساليبه الذاتية في كيفية مواجهتها، والتشخيص الدقيق لأعراضه اللاتوافقية، ومراحل تطورها وكيفية نشؤها، حتى يمكن استثمار تلك المعطيات في إدارة الحوار والتفاعل مع الأعضاء أثناء توزيع الأدوار عليهم فيما بعد ، أو أثناء إجراء المناقشات مع بعضهم البعض أو مع المعالج المشارك لهم في تلك الجلسات، أن قيمة الجلسات الفردية المسبقة مع كل عضو علي حده قد يكون غرضها العلاجي مختلفاً بعض الشيء.

(أ) يوجد اتجاه علاجي لجمع الأعضاء المتشابهين معاً في مشـــكلات بعينها في جلسة علاجية واحدة، وهذا الاتجاه يعتمد علـــي فكـــرة أن التشابه قد يدعم أعضاء الجماعة ويجعلهم أكثر اقترابا من بعضـــهم، مما يسهم في خلق مناخ تفاعلي تعاوني بينهم، الأمر الـــذي يـــترتب عليه سرعة التأثر والتأثير المتبادل وانتقال الخبرات.

(ب) هناك اتجاه آخر لاينطلق من فكرة التشابه بيـــن الأعضـــاء فـــي مشكلاتهم وصارعتهم، بقدر اعتماده علي فكرة الاختلاف والتبـــاين بينهم، انطلاقا من فكرة استكمال النقص وصراع الأضداد، فالمريض الإكتئابي الذي يعزف عن الحديث والكلام ويري أن الحيـــاة لاقيمـــة لها. قد يتفاعل مع عضو آخر تتسم انفعالاتـــه بالـــهوس والحركـــة المفرطة والإقبال الشديد علي الفكاهة والمـــرح، أن وضـــع هذيـــن النموذجين معاً في جلسة واحدة قد يدفعهما إلي مراجعة أعراضـــهما في ضوء الشواهد المغايرة والمعاكسة.

ثانياً : قبل البدء في فعاليات الجلسات العلاجية الجماعية، ينبغي للمعـــالج القيام بعملية تهيئة ملائمة للعضو قبل انضمامه للجماعة، من حيـــث تعريفه بها وتحقيق الالفه معها ، وضمان قدرته علي تحمل الضغوط التي قد تخلفها المناقشات الجماعية، والتأكد من شـــدة ميكانيزماتـــه الدفاعية وتفعيلاته السلوكية التي قد تؤثر بالسلب علي عملية التفاعل الجمعي، فضلاً عن ترك الحرية الكاملـــة للمريـــض للانضمـــام أو رفضه المشاركة، علاوة علي إعطائه الحرية كاملةً في الانســـحاب منها في أي وقت يشاء.

ثالثاً : إذا كان المعالج في الجلسات الفردية النفسية يتولى مهمة الجلسة من حيث إدارتها وتحكمه فيها وتحديد أبعادها، فإن دور المعالج الجمعي يتطلب منه أن يكون فرداً وسط الأعضاء وليس قائداً عليهم، ويتجلى دوره في تنظيم التفاعلات داخل الجلسة ، ويلاحظ أنماط التفاعل، ويثير التساؤلات، ويفسر المعاني الكامنة وراء الاستجابات، والإشراف علي توزيع الأدوار، دون احتكار للجلسة أو ممارسة النزعات السلطوية الشديدة نحو الأفراد، وتهيئة الجو العلاجي بين الأعضاء من حيث المودة والألفة والتقبل، كذلك عليه إثارة الانفعالات شريطة قدرته علي السيطرة عليها في حال تفعيلها بصورة فجه من قبل الأعضاء، كذلك عليه الابتعاد عن المصطلحات الممعنة في التخصص والتجريد حتى يضمن فعالية جمع الأعضاء في التفاعل مع بعضهم ومعه.

أساليب العلاج الجمعي

١ – السيكو دراما.

إن قيام الفرد بالأداء الدرامي "التمثيلي" لأحد الأدوار سواء كانت تتفق مع خصائصه الذاتيه أو تتعارض معها، قد يدفعه إلي إظهار قدراته وتصوراته الداخلية بشكل أوضح، لأن الموقف الدرامي يعد موقفا مختلقا، مما يجعل الفرد في حاله من التحلل النسبي من القيود المفروضة عليه "لعبه" وكأن لسان حاله يقول " هذا موقف لعب وتمثيل، وبالتالي لامانع لدي من إجادة الدور، فلاتوجد مسئولية ستقع علي" أن هذه

الصيغة الحوارية الداخلية قد تجعل مقاومة المريض أضعف، مع زيادة قدرتة علي التعبير الانفعالي.

لكل ما سبق يأتي اعتماد العلاج الجمعي علي فكرة الدراما والتي تتيح لكل أعضاء الجماعة فرصة التعبير الحر التلقائي عن انفعالاتهم، والتعرف علي ردود الأفعال من خلال الوسط الاجتماعي، والأمر لايختلف هنا من حيث المضمون وليس الشكل عن تكنيك التداعي الحر في الجلسات الفردية، فالموقف الدرامي في جلسة العلاج الجمعي قد يدفع المريض نتيجة لعمليات الاندماج والتوحد والمعايشة الانفعالية مع طبيعة الدور إلي خروج تفعيلاته بشكل لفظي وأدائي وتعبيري بشكل أوضح، مما يتيح لبقية الأعضاء والمعالج فرصة التعرف عن قرب علي طبيعة الصراعات لدي المريض ونوعية الاحباطات لديه، وأساليبه في المواجهة، ويمكن للمعالج من تحديد الأدوار المسنده لكل عضو وفقاً للخصائص النوعية المميزة له، والتي تم الوقوف عليها من خلال الجلسات الفردية التي تسبق اللقاء الجماعي فبعض الأفراد قد يعاني من بعض التثبيتات المرضية إبان مراحل تطور نموه النفسي، مما يترتب عليه التوحد الخاطئ ببعض النماذج الوالديه "كأن يكن العداء الشديد تجاه النموذج الأبوي المحبط والمسيطر" حينئذ يتم إسناد الدور الذي يتناسب وتلك الطبيعة النوعية للحالة، إما في شكل توحد مع الأب أو معارضاً له ، قد يكون الدور المسند إلي العضو يتصل بكيفية مواجهته لحل الصراعات التي يتعرض لها (الأساليب الهروبية أو التجنبية أو التوفيقية)، كذلك قد يعاني بعض الأعضاء من مشاعر العزلة وافتقاد روح العمل الجماعي التعاوني،

حينئذ ينبغي أن يكون الدور المسند إليه ملائماً للطبيعة النوعية للعرض .. ولابد من الإشارة في هذا الصدد إلي أن تأليف الموقف الدرامي قد يقوم به المرضي أنفسهم، وقد يقوم به المعالج برسم الأدوار وتوزيعها، قد يترك الأمر لتلقائية الأعضاء وظروفهم وفقاً لطبيعة الموقف العلاجي، ونظراً لأن تمثيل دور البطل يتطلب تحديد العديد من الأدوار الأخرى الثانوية موضوع الحوار والتفاعل، فإنه يمكن الاستعانة ببقية الأعضاء في القيام بتلك الأدوار بحرية وتلقائية دون إجبارهم علي ذلك، علي حين يظل بقية الأعضاء في موقف المشاهدين للموقف الدرامي، وعقب الانتهاء يقوم المعالج بواسطة الحلقات النقاشية بالتوضيح والتفسير والتحليل بما يخدم الهدف العلاجي المنشود، وتتجلي قيمة هذا الأسلوب في أن الجميع يشاركونه مشكلته ويسعون لحلها معه، فضلاً علي أن تقمص أدوار الشخصيات المغايرة له قد يشعره بهم وبمواقفهم، مما ينعكس في زيادة حدة استبصاره بذاته بوصفها المقابل لذوات الآخرين.

٢ – المحاضرات العلاجية (التعليمية)

يتبلور هذا الأسلوب في قيام المعالج بمحاضره أعضاء الجماعة في شكل أقرب إلي الموقف التعليمي، ويكون مركز الثقل حينئذ علي شخصية المعالج وطبيعة موضوعاته ومدي قدرته علي الإقناع اللفظي بوصفه مرسلاً للمعلومات، وعلي الرغم من أهمية هذا الأسلوب إلا أن العلاقة التفاعلية بين المعالج والأعضاء وبين الأعضاء وبعضهم البعض قد يشوبها الضعف لأن المعطيات الخاصة

بالمحاضرة عادة ما تتسم بالعمومية منها إلي التخصيص الذي ينشده كل فرد في الجماعة.

٣ – المناقشات الجماعية.

تشير الدراسات في مجال دينامية الجماعة إلي أن المناقشات الجماعية قد تكون أكثر إيجابية من أسلوب المحاضرات، لأنها تقوم علي تعددية الرؤي المطروحة وكثرة التفسيرات، فضلاً علي أنها أكثر تأثيراً في عملية تعديل الآراء والأتجاهات في ضوء الشواهد الفعلية لعملية تبادل المعارف والمعلومات وأساليب التعبيرات والإيماءات والانفعالات، وغالباً ما تدور المناقشات الجماعية حول الموضوعات العلاجية المطروحة من قبيل كيفية التفاعل مع المغايرين، كيفية تحقيق الطموحات الفردية، كيفية تحقيق الذات وتوكيدها، كيفية الإقلال من المعتقدات الخرافية الخاطئة، كيفية تنمية مهارات التواصل والاتصال الجيد مع الآخرين، الصحة النفسية، ويمكن الجمع بين أسلوبي المحاضرة والمناقشة معاً، كأن يقوم المعالج بالقاء محاضرته ثم يعقبها بفتح الحوارات النقاشية.

ثانياً: العلاج العقلاني الإنفعالي (R. E.T)

يعتمد هذا النوع من العلاج علي التأثير الواضح الذي يمارسه الفكر في تشكيل ملامح الانفعال ومن ثم السلوك، فالاضطراب النفسي في أساسه اضطراب معرفي قبل أن يكون اضطراريا انفعاليا أو سلوكياً. فالفكر والانفعال يرتبطان معاً تأثراً وتأثيراً، فالأفكار العقلانية يترتب عليها انفعالات متزنة مما يبدو في النهاية في صورة سلوك متزن.

والعكس يبدو صحيحاً في هذا السياق، والتفكير سواء كان عقلانياً أم غير ذلك يتم تعلمه من خلال الوسط الاجتماعي وعمليات التعلم المباشرة وغير المباشرة عبر التفاعلات العديدة والمتنوعة من الجماعات الكثيرة "الأسرة، الأصدقاء، الثقافة، مؤسسات التربية" .. فإذا أخذنا في الاعتبار أن الاضطراب الانفعالي والسلوكي ماهو الإ اضطراباً معرفياً في أساسه، يمكننا حينئذ من وضع تصورات علاجية تستهدف التحويل لتلك الأفكار من إطار عدم عقلانيتها إلي الإطار العقلاني، كذلك لابد من الأخذ في الاعتبار أن الأفكار سواء كانت عقلانية أم غير عقلانية إنما تؤثر تأثيراً مباشراً علي عملية إدراك الفرد للمحددات والرموز الخارجية أثناء عمليات التفاعل، فالفرد يدرك المحددات من حوله وفقاً لإطاره المعرفي المختزن بداخله، فالفكرة غير العقلانية بأن الآخرين سوف يسخرون مني أثناء الحديث معهم، قد تؤثر بالسلب علي إدراكي لكل مايحيط بالموقف التفاعلي، سواء التفكير بالهروب أو التجنب أو المعاناه الزائدة.

ونظراً لأن الأفكار اللاعقلانية يتم اكتسابها فإن إزالتها علي الجانب الآخر يمكن أن يحدث من نفس المنظور (التدريب – التعلم – الاكتساب)

وسلوك الفرد في موقف معين هو خليط من تداخل الأفكار العقلانية واللاعقلانية في وقت واحد، وذلك ببساطة لأن الفرد يدرك الموجودات كما يريد أن يدركها هو في اللحظة الحالية (الآن) وهذا "الإدراك المتحيز يكون نتيجة لما يختزنه الفرد بداخله من أفكار ومعتقدات وخبرات سابقة، لذا فالاضطراب الذي قد يعتري انفعالاتنا غالباً ما يكون نتيجة لما نقوم.

أ.د فتحي الشرقاوي

به من ادراكات، فالفرد الذي يهاب مواجهة الآخرين، هذا الانفعال في حد ذاته قد يكون نتيجة لاضطراب في عملية إدراكهم علي نحو ما، ومن ثم عدم منطقية الأفكار، فالإنسان لايضطرب من الأحداث التي تقع له، بقدر اضطرابه من نظرته لتلك الأحداث، وينطلق العلاج العقلاني الانفعالي من عدة مقدمات:-

(أ) إن القوالب النمطية الذهنية الجامدة التي يكونها الفرد عن الموضوعات والأشخاص، تلعب دوراً كبيراً في التأثير علي عملية الإدراك، فرؤيتنا للأشياء بوصفها حسنه أم رديئة، مقبولة أم غير مقبولة قد تكون نتيجة لأفكارنا المسبقة نحو هذه الأشياء، فإذا استطعنا تفنيذ ودحض هذه الأفكار، فالنتيجة المتوقعة تعديل الإدراك ومن ثم الانفعال والسلوك.

(ب) يعد التفكير أحد العمليات العقلية المكتسبة من خلال الوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد لذا فالأفكار اللاعقلانية لم تأت من فراغ وإنما من خلال عمليات التنشئة والتدريب منذ الصغر، إلي الحد الذي يصبح فيه الفرد مهيئا بصفة مستمرة لإكتساب مثل هذه الأفكار اللاعقلانية.

(جـ) تتراوح أفكار الإنسان بين العقلانية واللاعقلانية، وبقدر غلبة الأولي بقدر إحساسه بالصحة النفسية والسعادة والعكس يبدو صحيحا في هذا السياق.

(د) الفكر والانفعال والسلوك في دائرة واحدة من حيث الأثر والتأثير المتبادل، لذا فإن دحض الأفكار اللاعقلانية سيؤدي بحركة آلية إلي تعديل الانفعالات الخاطئة المرتبطة بها ومن ثم تعديل السلوك الإجرائي المرتبط بهما، فالفرد الذي يفكر أن الآخرين سوف يسخرون منه إذا تحدث أمامهم، قد يعتريه انفعال الخوف والتوتر والتوجس، الأمر الذي يدفعه إجرائياً وسلوكياً إلي الابتعاد والتجنب بل والهروب أيضاً، فإذا أقنعنا هذا الفرد معرفيا بمدي سخف هذه الفكرة وعدم معقوليتها، لتوقعنا في المقابل استقامة القطبين الآخرين "الانفعال الهادئ – السلوك القويم".

وقد أشار البرت اليس مؤسس هذا الاتجاه إلي ضرورة التفرقة بين ثلاث محاور.

المحور الأول : أطلق عليه اليس القالب أو النموذج (A) والمقصود به المثير الذي يسبب الانفعال، وهي تمثل عموماً الأحداث والمشكلات التي تسبب المشكلة النفسية، وهذه الأحداث قد تكون خارجية في صورة أفعال يمكن للآخرين رؤيتها وملاحظتها، وقد تكون أحداث داخلية عن طريق الأفكار التي يطرحها الفرد علي الأحداث الخارجية.

المحور الثاني: أطلق عليه اليس الاعتقاد (B)، فلكل فرد فكرة معينة تجاه مايواجهه من أحداث، فإذا كانت هذه الأفكار جامده، فلنا أن نتوقع في المقابل ظهور كافة المعتقدات الجامدة، التي لايستطيع

الفرد التخلي عنها حتي في ضوء الشواهد والمعطيات المنافية لـــها، إلا إذا خضع لنوع من التدريب المكثف علي هذا التكتيك. ويمكـــن الاستدلال علي تلك المعتقدات اللاعقلانية في صورة "يجب – لابد – ينبغي علي).

والتمسك بالأفكار اللاعقلانية يؤدي بالقطع إلـــي استنتاج أفكـار لا عقلانية أخري فالزوج الذي يتمسك بفكرة عدم خروج زوجته مـن المنزل، نجده يطور عدة أفكار لاعقلانية ترتبط بهذا المعتقد الرئيسي الخاطئ "الخروج من المنزل يتنافي مع الأطر الأخلاقية" الخروج من المنزل قد يؤثر بالسلب علي تربية الأبناء – الخروج من المنزل سيؤثر علي متطلباتي كزوج" ... الخ .. في حين أن المرونة فـــي الفكرة الأساسية سيقابلها مرونة مماثلة فـــي عمليـــة الاستنتاج "أن خروج زوجتي من المنزل سيجعلها تشعر بالراحة النفســـية بعـض الشئ مما ينعكس علي تفاعلها مع أبنائي بكفاءة وإيجابية" .. لامـانع من خروج زوجتي من المنزل ومناقشتها بهدوء في الآثار الســـلبية التي ترتبت علي هذا الفعل".

المحور الثالث : أطلق عليه أليس النتائج الانفعالية (٢) ويري أليـــس أن النتائج الانفعالية المرتبطة بالأفكار اللاعقلانية عادة ماتكون ســـلبية وغير مناسبة، وتسبب للفرد الألم النفسي والتوتر والانزعاج الشديد، وغالباً مايتسم تصرفه حيال هذه المواقف الضاغطة بالعشوائية وعدم القدرة علي الحكم الجيد، لأن مقدماته العقلانية لـــم تكـن مسـايره لطبيعة التصرفات الخارجية إزاء مايواجهه من مشكلات.

ويمكن بلورة نظرية أليس في العلاج العقلاني الانفعالي في عدة نقاط.

١ – أن يعترف المريض أنه يعاني من مشكلة نفسية .. فاعتراف المريض واستبصاره بذلك يعد البداية الحقيقية للبدء في استخراج أفكاره اللاعقلانية ومن ثم دحضها وإثبات لاعقلانيتها .. فالفرد الذي يعتقد بشكل جامد في معقولية أفكاره اللاعقلانية لايمكن القيام معه بهذا التكتيك، لأنه سيميل في هذه الحالة إلي السفسطة ومحاولة إثبات صحة أراءه وخطأ أراء الغير.

٢ – أن يتعرف المريض علي أي اضطراب ثانوي ناشئ عن مشكلته الأساسية ويتغلب عليها، فقد يكون الاضطراب في فكرة أساسية "لاينبغي الاقتراب من المغايرين لي في اتجاهاتهم ومعتقداتهم" ثم يمتد الاضطراب في شكل تفعيلي استنتاجي إلي العديد من الأفكار الثانوية الأخري المرتبطة بهذا المفهوم الأساسي "لاينبغي علي الترحيب الآن بهذا الشخص لأنه مغاير لي في عقيدتي: ينبغي علي المريض حينئذ من الإمساك بالمعتقد الرئيسي الخاطئ، ثم بقية التداعيات الفرعية المرتبطة به.

٣ – أن يتعرف علي المعتقدات اللاعقلانية التي تؤدي إلي مشكلته الأساسية .. "يجب علي إلا أخطأ" يجب علي أن أكون محبوباً من جميع الناس" "يجب علي أن أنفذ كل مايطلب مني لإرضاء الآخرين" "يجب علي أن أكون متفوقاً وبارزاً" "لامجال للفشل لدي"

٤ – أن يفهم المريض لماذا تتسم أفكاره باللاعقلانية وعـــدم المنطقيـــة والواقعية، ويتم ذلك من خلال عمليات الدحض التي يقوم بها المعالج معه، عن طريق المعطيات والشواهد الدالـــة علـــي عـــدم منطقيـــة أفكاره..

٥ – تحدي المعتقدات اللاعقلانية وكشف مساؤها، مع الميل إلي تدعيـــم الاعتقاد المغاير، فالتعرف علي عدم منطقية الفكرة فقط، قد لايـؤدي إلي تغيرها أو إبدالها بـــاخري عقلانيـــة، لأن عمليـــات الاعتيـــاد والممارسة الطويلة للفكرة الخاطئة، قد تجعل الفرد غير قادر علـــي التخلي عنها، الأمر الذي يتطلب من المعالج إثارة روح التحدي فـــي المريض لقبول الأفكار العقلانية البديلة، والبدء إجرائياً في تنفيذهـــا سلوكياً، حتي نضمن تحول الأفكار بمرور الوقت إلي تفعيلات ثابتـــه في شخصية المريض.

٦ – حث المريض علي التفكير بأسلوب عقلاني (منطقي، مرن، واقعـي" بحيث يستطيع التخلي عن فكرة ما في ضوء المعطيات المناهضـــة لها، وفي ضوء المحددات الواقعية التي تنفيها، فضلاً عـــن دعـــوة المريض للانفعال بأسلوب مناسب للمواقف والأحداث، بحيث لايلجـأ إلي التهويل المبالغ فيه إزاء أحداث لاتستدعي بحكم طبيعتها النوعية كل هذا الكم من الانفعالات، ولايميل في المقابل إلي الإقـــلال مـــن شأن المثيرات التي تستدعي الانفعال الكبير. ، فضلاً عن ضـــرورة توجيه المريض إلي التصرف بأساليب فعاله في سبيل تحقيق أهدافه،

فالهروب والتجنب واللامبالاه لن تفيده كثيراً وعليه الإقدام والتفكير بمنطقية ومن ثم التفعيل السلوكي بفعالية.

ويتضمن العلاج العقلاني الانفعالي عدة طرق:-

أولاً : الطرق المعرفية.. Gognitive Methods يلجأ المعالج إلي العديد من الطرق المعرفية القائمة علي تفنيد الأفكار اللاعقلانية وكيفية دحضها، فالمقدمات الداخلية والمتمثلة في الأفكار السابقة هي التي تؤدي إلي الاضطراب من الحدث وليس الحدث في حد ذاته منطوياً علي الاضطراب فالنتائج الانفعالية ليست بسبب الحدث في حد ذاته (A) وإنما بسبب المعتقدات الخاصة بالحدث (B) ثم النتائج (D).

ثانياً: الطرق الانفعالية .. إذا كانت الطرق المعرفية تركز علي الأفكار والمعتقدات، فإن الطرق الانفعالية تركز علي المشاعر والانفعالات الناجمة عن الأفكار اللاعقلانية، ومن بين هذه الطرق التقبل غير المشروط للمريض، وأسلوب تمثيل الأدوار وأسلوب النمذجة وأسلوب المرح والمواجهة.

ثالثاً : الطرق السلوكية .. يميل المعالج إلي استخدام الأساليب العلاجية السلوكية من قبيل تكليف المريض ببعض الواجبات المنزلية، ويطلب منه تنفيذها وتسجيل انطباعاته عنها وردود فعل الآخرين إزاءها، فضلاً عن أساليب الاسترخاء للتخلص من التوتر والقلق، وأساليب التعزيز والتدعيم.

معوقات العملية العلاجية:-

أولا : نظرا لأن جوهر العلاج العقلاني الانفعالي يقوم علي الكشف عن الأفكار اللاعقلانية التي تسبب بدورها الاضطراب الانفعالي والسلوكي، فإن علاقة التعاون بين المعالج والمريض تمثل ركنا أساسيا في هذا العلاج، فالمريض الذي يدخل مع المعالج في إطار علاقة من التحدي وعدم الاقتناع بالشواهد المنافية لصحة اعتقاده. وعدم التنازل عنها، والتراخي في أداء الواجبات المفروضة. ينبغي حينئذ توقف العلاج والبحث عن أساليب علاجية أخري.

ثانيا : تكون الأفكار اللاعقلانية التي يطرحها المريض أحد الميكانيزمات الدفاعية التي تخفي وراءها نوعا من الصراع النفسي الدينامي المتعمق، وبالتالي فإن التنقيب عن هذه الأفكار ومحاولة الاقتراب منها، قد يؤدي في المقابل إلي زيادة اضطراب المريض، ومن ثم زيادة مقاومته، وينبغي حينئذ توقف العلاج والبحث عن أساليب علاجية أخري.

ويمكن بلورة خطوات العلاج الانفعالي العقلاني في الخطوات التالية:

١ – البدء في إقامة العلاقة العلاجية مع المريض..

٢ – التحديد الدقيق لأبعاد المشكلة المراد البدء بها.

٣ – الوقوف علي النتائج الانفعالية.

٤ – الوقوف علي الأحداث والمواقف التي تسبب الاضطراب.

٥ – الكشف عن الصلة بين المعتقدات والنتائج الانفعالية.

٦ – فحص المعتقدات اللاعقلانية.

٧ – تفنيد المعتقدات اللاعقلانية.

٨ – تعميق الاقتناع بالمعتقدات العقلانية.

٩ – الواجبات المنزلية ومراجعتها.

١٠ – إنهاء البرنامج العلاجي.

ثالثاً: العلاج بالكف السلوكي

ينتاب العديد من الأفراد مشاعر التوتر والخوف في حال رؤيتهم لبعض الموضوعات أو المشاهد التي تستثير لديهم هذا الإحساس غير السار، فالبعض يخاف رؤية الحشرات أو بعض الحيوانات أو التواجد بمفرده في مكان خالي من الناس أو الخوف من الظلام أو الضوضاء، أن كل هذه المخاوف قد تعكس نوعاً من الخوف لايتناسب مع الطبيعة النوعية للمثيرات المرتبطة بها، حينئذ يمكن اللجوء إلي تكنيك الكف المتبادل حيث يتم تحديد موضوعات القلق بدقة ثم استثارة استجابة معارضه للقلق في اللحظة التي يتبدي فيها ظهور الموضوع المرتبط بالقلق، ففي اللحظة التي يظهر فيها الصرصار علي سبيل المثال بوصفه مثيراً فوبيوباً يمكن تقديم مثيراً أخر يتضمن نوعاً من الطمأنة للفرد، بحيث يكون جاذباً لاهتمامه ويمثل في نفس الوقت عنصراً مقبولاً وإيجابياً له "يتم التعرف علي الموضوعات والأشياء المحببة للفرد

من خلال الجلسات الفردية" فإذا انطلقنا من الفكرة التي تري أن ظهور الاستجابة المحببة بالموضوع المفضل قد تؤدي إلي كف جزئي أو كلي للاستجابة القديمة المرتبطة بالموضوع الذي يستثير القلق، فلنا أن نتوقع في هذه الحالة حدوث الكف للمثير المقلق والإقلال من شدة تأثيره أو انعدامه تماماً . ومن شروط نجاح هذا التكنيك أن يتم استبعاد الموضوع المثير للقلق وإظهاره بشكل تدريجي ، فالفرد الذي يخاف رؤية الثعابين يمكن عرض هذا المثير عليه بشكل تدريجي من خلال الحديث عن الثعابين ثم عرض بعض الصور الصامتة عنها، ثم عرض فيلم متحرك عن الثعابين ثم الإتيان بأحد النماذج غير الحية لثعبان ويوضع أمامه ويحاول الاقتراب منه، ثم الذهاب إلي حديقة الحيوان "قسم الزواحف" لرؤية الثعابين من وراء الجدران الزجاجية، إن هذا العرض التدريجي لمصدر القلق إنما ينطلق من فكرة مؤداها أن التعرض المستمر لبعض المثيرات يجعل الفرد في حالة من الألفة بها والاعتياد عليها، ومن ثم حدوث بعض التعديلات في الاتجاهات الانفعالية والسلوكية نحوها. فإذا نجحنا في تعريض الفرد بصفة مستمرة للمثيرات المرتبطة بالقلق لديه بصورة متدرجة، لأمكننا علي الجانب الآخر من إحداث نوع من الطمأنينة له تجاهها، وقد يثار هنا بعض التحفظات الخاصة بهذا التكنيك، فالبعض يري ضرورة الالتزام بالعرض التدريجي للمثيرات الباعثة علي القلق- كما أسلفنا - علي حين يري البعض الآخر أن التقديم المباشر لهذا المثير مرة واحدة قد يعجل بدوره من حدوث الكف وبالتالي زوال العرض، فالفرد الذي يخاف الظلام يمكن

وضعه بشكل فجائي في غرفة شديدة الظلام، والفرد الذي يخاف الآخرين ويخشي الحديث أمامهم "مخاوف اجتماعية" يمكن وضعه أمامهم بصورة فجائية دون تمهيد ونطلب منه الحديث أمامهم والتفاعل معهم، وعلي الرغم أن هذا التكنيك الأخير قد ثبتت فعاليته في علاج العديد من الحالات، إلا أن مخاطره المتوقعة قد تكون شديدة الأثر السلبي، فالفرد المضطرب قد يواجه الموقف حينئذ بمزيد من التدهور، بل قد تظهر بعض الأعراض المضطربة الأخرى غير المباشرة نتيجة عملية الاستثارة الزائدة.

لذا من الأرجح دراسة كل فرد علي حده، من حيث مدي قدرته علي تحمل الصدمة، والأساليب المتوقعة لكيفية تعامله مع المواقف الضاغطة، وردود الفعل المتوقعة منه، كل ذلك ينبغي أن يتم قبل المفاضلة بين تقديم المثير بشكل تدريجي أم فجائي مباشر، والحقيقة أن التدرج في عملية عرض المثيرات الباعثة للقلق يعد أحد الأساليب المفضلة في هذا المضمار ، وذلك ببساطة لان الفرد في حالة تعرضه التدريجي يقوم في المقابل بعملية تكوين اتجاهات انفعالية متدرجة نحوها.

فالطفل الذي يرفض الذهاب للفصل خوفاً من المعلم، يمكن إزالة هذا الخوف عن طريق التدرج كأن يقوم الأب بمقابله المعلم وإجراء بعض الأحاديث الودية معه والطفل يرقب من بعد هذا التفاعل الودود، ثم يقوم المعلم في مرحلة تالية بأخذ التلاميذ إلي فناء المدرسة لممارسة بعض الأنشطة المحببة مع دعوة التلميذ للمشاركة ، ثم قيام المعلم في مرحلة

تالية بإثابة التلميذ قبل دخول الفصل لقيامه بأحد الأنشطة التي تستدعي ذلك ، ثم قيام المعلم داخل الفصل بالثناء علي التلميذ ومداعبته بشكل ودود، إن تدرج هذه المثيرات سوف يدفع التلميذ إلي الطمأنة ومن ثم زوال التوتر والخوف من المعلم .. ولعل الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا التكنيك هي أن الفرد المضطرب يكون شديد الحساسية تجاه موضوع قلقه، الأمر الذي يجعله في حالة من التأهب السلبي تجاهه، فإذا فلحنا في الإقلال التدريجي من حدة هذه الحساسية، لإمكننا في المقابل تكوين اتجاهات إيجابية ومرغوبة.

ولابد من التنويه هنا إلي أن كل مرحلة يتم فيها عرض المثير الباعث للقلق وبشكل تدريجي، لابد أن يواكب ذلك نوعاً من المثيرات المعارضة حتى نضمن حدوث الكف، لان هذا التكنيك ينطلق من فكرة نظريه مؤداها أن التخلص من المرض لايتأتى إلا من خلال الإحساس بألم هذا العرض، فالفرد لايستطيع التخلص من ألمه وتوتره إلا إذا اعترف أولاً بضرورة مواجهة ذلك الألم (العرض) وليس الهروب منه أو الابتعاد عنه، فمعايشه الأحداث الضاغطة والإحساس بها تعد البداية الحقيقية للتخلص منها أو الإقلال من حدتها، ويمكن للمعالج أو الأخصائي النفسي الممارس أن يطبق هذا التكنيك عيادياً عن طريق إتباع بعض الخطوات الرئيسية يتصدرها تدريب الفرد علي كيفية الاسترخاء "شد العضلات وانبساطها" لأن من شأن هذه الخطوة أن تجعله يتحلل من التوتر بصفة عامة، وأن يكون أكثر هدوأ واتزانا، ثم الحديث بشكل فردي عن مصادر الخوف وتحديدها بدقة، هل هي مصادر محددة

بشكل قاطع مثل الخوف من النمل دون سائر الحشرات أو الخوف من غرفته المظلمة فقط دون سائر الغرف.. الخ والفشل في عملية التحديد سوف تؤثر بالسلب علي الخطوات التالية والمتمثلة في اختيار الموضوعات المعارضة، فقد يعرب أحد الأفراد مثلا عن خوفه من الارتباط بزوجة معينة، ويتضح بعد ذلك أن هذا الخوف ماهو ألا خوفا من عدم قدرته علي توكيد ذاته أو تحمله للمسئولية، لذا ينبغي التحديد الدقيق لمصادر التوتر الأساسية وليس فقط الأعراض الثانوية المرتبطة بالمصدر الأساسي للقلق، كذلك قد يكون خوف التلميذ من الذهاب للمدرسة هو خوفه من الفشل والشعور بالدونية. علاوة علي ماسبق ينبغي علي المعالج أن يطمأن علي عدم وجود بعض المكاسب الثانوية المرتبطة بالعرض المطلوب كفه وإزالته، فالفرد الذي يعاني صعوبة الخروج من المنزل، وفي نفس الوقت يجد نوعا من الحفاوة والحماية الزائدة ودفء المشاعر المبالغ فيها داخل المنزل، فإن ذلك سوف يعرقل إمكانية تطبيق وتحقيق ذلك التكنيك، لذا ينبغي أن يكون هناك اتصالا بين المعالج وأفراد أسرة المريض إذا تطلب الأمر ذلك، بل لايوجد مانعا في إعطائهم بعض الواجبات لكي يقوموا بها تجاهه أثناء فترة العلاج خارج حدود العيادة النفسية.

ولكي يحقق هذا التكنيك فعاليته المنشودة لابد للمعالج من الاطمئنان إلي أن المريض قادر علي استيعاب تدريبات الاسترخاء وتقبلها، لأنه بدون الاسترخاء قد تزيد حدة التوتر أثناء عرض المثيرات، فضلا علي أن اقتناع المريض بجدوى هذا التكنيك ومدي فاعليته قد

يسهم كثيرا في إحراز التقدم المنشود، ففي بعض الشخصيات البرانوية نجد الشخص دائم الاستخفاف بتلك الأساليب ويقلل من أهميتها ويرفض الانصياع لها.

كذلك ينبغي علي المعالج حسم قضية التنفيذ الإجرائي لتكنيك الطمأنينة والكف، والصور المتخيلة، واختيار أي الأسلوبين سيعتمد علي مدي تقدير المعالج للحالة النوعية للمريض، ومدي توفر الموضوعات والأماكن التي سيتم الاعتماد عليها في إثارة القلق.

الفصل السابع

الصحة النفسية .. والتفاعل الإنساني

الفصل السابع

الصحة النفسية وسيكولوجية التفاعل مع الآخر

(الإدراك – الدور – الاتصال)

من المؤكد أن بناء الذات وتطورها وتشكيل ملامحها إنما يتم من خلال التفاعل مع الآخر، فمن خلال تلك العلاقة التفاعلية معه تبدأ محددات الذات في الظهور مكونة الشخصية الفردية بكل ماتحمله من خصائص وسمات نوعية، ومكونة أيضاً شخصية الجماعة بكل ما تتضمنه من معايير ومرجعيات ثقافية وحضارية، فمن خلال التفاعل يتعلم الفرد أنماط السلوك وطرق التفكير والاتجاهات والقيم والمعتقدات، ولكي يحدث التفاعل لابد من التأكد من وجود عدة عناصر متصلة غير منفصلة يأتي في مقدمتها الفرد بكل مايحمله بداخله من بُناءات نفسية وخصائص انفعالية وسمات اجتماعية، ثم يأتي الآخر الذي يشاركه عملية التفاعل بكل مايتسم به أيضاً من خصائص وسمات، وهذا الآخر قد يكون فرداً أو جماعة أو مجتمعاً بكامله ثم يأتي العنصر الثالث لعملية التفاعل والمتمثل في الموقف الذي يحدث من خلاله التفاعل بكل مايتضمنه من محددات اجتماعية وظروف بيئية في الزمان والمكان المعين، والاضطراب أو الخلل الذي يصيب أي من هذه العناصر الثلاثة سيؤثر حتماً بالسلب علي بقية العناصر الأخرى، انطلاقا من أن هذه العلاقة تفاعلية ديناميكية، تقوم علي التأثر والتأثير المتبادل ، فمن الصعب إرجاع سوءا التفاعل إلي الفرد بمفرده دون الأخذ في الاعتبار

ردود الفعل الصادرة من الآخر تجاهه وكذلك الطبيعه النوعية للموقف الذي أدي بدوره إلي حدوث النتيجة النهائية، فالتفاعل في إطاره العام أكبر من مجموع أجزاء العناصر المكونة له، فالشخص الذي يجد صعوبة في المشاركة الاجتماعية ويميل إلي الانطواء والعزلة، لاينبغي النظر إلي أعراضه اللاتوافقية باعتباره فقط المسئول عنها، لأن الآخر الذي يتفاعل معه قد يكون ضالعاً في تكوين هذه الأعراض، حريصاً علي بقائها واستمرارها كما هي ، ولنضرب مثالاً توضيحياً في هذا الصدد من العلاج الأسري والذي يذهب إلي أن الأعراض اللاتوافقية لاحد أفراد الأسرة، قد تكون راجعة إلي نوعية أساليب التفاعل معه في إطار الأسرة، ومن ثم فإن إزالة هذه الأعراض يحتم ضرورة الأخذ في الاعتبار من المنظور كافة العناصر الأسرية الداخلة في دائرة التفاعلات معه، ففي الوقت الذي يمثل فيه سلوك الفرد مثيراً للآخر، نجد أن استجابات الآخر تمثل مثيراً في حاجة إلي استجابة آخري، تلك التي تعد مثيراً ثانياً للآخر وهكذا ... فالوقوف علي الصحة النفسية للفرد تتطلب ضرورة النظر إليه بوصفه جزء في إطار أعم وأشمل من التفاعلات مع الآخرين والموقف التفاعلي معاً.

وتأتي أهمية التفاعل بوصفها أحد المحددات الأساسية في عملية التوافق والإحساس بالصحة النفسية للفرد والجماعة من عدة مبررات:

أ – عندما يلجأ الفرد إلي التفاعل مع الآخر، فهو يعتمد في هذه العملية علي العديد من وسائل التفاعل، يأتي في مقدمتها اللغة، فمن

خلالها يتم فهم الآخر والـــذات بوصفها المقابل لهذا الآخر، لذا فإن الاضطراب في هذا المستـــوي سوف يؤثر تباعاً في كـــم وكيف اللغة بكل مايرتبط بذلـــك مـــن صعوبـــة فـــي الاتصـــال والتواصل.

ب - أن المجهود الفردي مهما عظم في حاجة إلي مجهودات الآخريـــن حتي تتكامل المجهودات في إطار تعاوني واحد، وهذه العملية مـــا كان لها أن تحدث بالشكل المطلوب دون دخول الفرد في دائـــرة من التفاعلات مع الآخرين، لذا فالأفراد الذين يقلصـــون دائـــرة تفاعلاتهم مع الآخر ويرتابون منهم، ويتجنبون الدخول معهم فـــي مشاركات اجتماعية، غالباً ما يفتقدون فرص الإفادة مـــن الآخـــر وتطوير ذواتهم.

ج - أن رغبة الفرد في التميز والتفرد وإظهار نزعاته الخاصة قد تكون سمه نفسية يصعب عليه تحقيقها إلا من خلال آخر يبادله الرغبـــة المتبادلة في إظهار فرديته، وكل ذلك لايتم إلا من خلال العديد من دوائر التفاعلات المستمرة.

د - لايمكن أن نتصور وجود تفاعلات بين الفرد والآخر دون أن يكون وراء ذلك أهدافا معينة، فالسلوك الإنساني دائما مايكون مدفوعـــا بجملة من الدوافع والحوافز والبواعث سواء كانت مباشرة أم غير ذلك، الأمر الذي يدفعنا في إطار تناولنا لمهفوم الصحة النفســـية

إلي ضرورة تحديد ملامح الدوافع التي قد تدفع بالفرد لإتمام عمليات التفاعل أو الإحجام عنها.

هـ - تعد عملية التفاعل هي الأساس في كل عمليات التنشئة، فمن خلالها يتعلم الأفراد الأنماط السلوكية، وأنماط التفكير ووسائل التعبير وإمكانية التواصل وتشكيل الاتجاهات، والامتثال لجملة المعايير المنظمة لطبيعة المجتمع وثقافته، لذا فإن الأفراد الذين يحجمون عن التفاعل يفتقدون بدورهم بعض أو كل المحددات السابقة.

و - يتيح التفاعل للفرد الفرصة لكي يمارس أدواره المتعددة، من أجل تحقيق اشباعاته الذاتية ومن أجل الحفاظ علي كينونته، ومن أجل الانتماء للجماعات المتعددة، ودون هذا المستوي التفاعلي لايستطيع الفرد مواصلة دوره في تمثل الأدوار المجتمعية.

ز - إن التفاعل بين أفراد الجماعة الواحدة يعطيها الصفة الكلية، بحيث تكون الجماعة أكبر من مجموع أفرادها، ولعل ذلك مايفسر التباينات المختلفة داخل كل جماعة من حيث طبيعة تفاعلاتها وأساليب التواصل بينهم وكيفية تصورهم لتحقيق هذا التفاعل.

الإدراك :

ولكي يحدث التفاعل بين الفرد والآخرين بشكل إيجابي وفعال، لابد من التأكيد علي سلامة عملية الإدراك، لأنها تلعب دوراً كبيراً في إتمام عملية التفاعل بين الأطراف المتفاعلة، فمن خلال الإدراك يتم

تعرف الفرد علي الآخرين، ليس فقط من المنظور المادي لهم كأشخاص، وإنما من خلال الخصائص المميزة لهم من حيث مايتسمون به من قيم واتجاهات ومعتقدات، وبواسطة التفاعل يحدث التجاذب أو التنافر، ومن خلال التفاعل أيضاً تحدث مواقف القيادة أو التبعية، وإدراك الفرد للآخر في المواقف التفاعلية يتم من خلال عدة آليات: -

أولاً : يعد الانطباع الأولي أول مراحل إدراك الآخر في إطار العلاقة التفاعلية فكل من الشخص المدرك والمدرك يحمل بداخله وفقاً لبناءه النفسي والانفعالي والاجتماعي جملة من التصورات عن الآخرين، وبمرور الوقت تصبح هذه التصورات مختزنة في إطاره الذهني، بحيث يتم الانطلاق من خلالها فيما بعد في الحكم علي الآخرين، فهي تصورات مسبقة، وهذه التصورات لم تأت من فراغ وإنما تم تشكيلها عبر العديد من مواقف التنشئة الأسرية والاجتماعية بروافدها المتعددة، وهذا الانطباع المسبق لكليهما قد يؤدي كنوع من التفعيل إلي ثلاثة مواقف متباينة، إما النفور التام ومن ثم فض عملية التفاعل، ويتم ذلك في حال اعتقاد كلا الطرفين بعدم جدوى الدخول في دائرة تفاعلية واحدة أو التجاذب التام في حال اعتقاد كلاً الطرفين بأهمية الدخول في دائرة تفاعلية واحدة، أما الاحتمال الثالث فقد يكون نفوراً في البداية يعقبه نوعاً من الانجذاب أو العكس حيث يبدأ التفاعل بانجذاب ثم يتكشف للطرفين استحالة الاستمرار في التفاعل ومن ثم حدوث التنافر.

أن هذه الاحتمالات الثلاثة التي تتخذ من الانطباع الأولي ركـــيزة لها كثيراً ما نجدها في العديد من أشكال التفاعلات الاجتماعيـــة، فالفرد المتعصب "عرفياً، دينياً، أيدلوجيا" عادة مـــايحمل بداخلـه تصورات مسبقة عن الآخر المغاير، قوامها السخرية والإقلال من شأنه، وعدم جدوي الدخول في حوار معه، واستحالة الوصول إلي نقاط اتفاق معه، إن هذا التصور المسبق يلقي بظلاله الواضحة في عدم رغبة الفرد في إقامة التفاعل مع الآخر المغاير.

ثانياً : أن الإدراك عملية كلية أكثر منها جزئية، فالفرد دائمـــاً مـــايميل أثناء تفاعله مع الآخر إلي إدراك الجوانب التي تتفق وخصائصـه الذاتية، وهذا الإدراك غالباً مايكون منصباً علي جوانب جزئية في الآخر الذي يبادله التفاعل، ونظراً لصعوبة الوقوع في الطـــرف الآخر علي كافة الخصائص الإيجابية التي تميزنا، هنـــا يحـدث التعميم من الجزء إلي الجوانب الكلية لشـخصية الآخـر، وهـذه العملية قد تؤدي فيما بعد إلي فض عملية التفاعل برمتـــها، مثـل الشاب الذي يعشق الجمال ويكون إدراكه في شريكه حياته قائمـــاً علي هذا الإدراك الجزئي فقط، وبالتدريـــج يبدأ في تعميم هــذا الإدراك إلي بقية الجوانب الأخرى للطرف الآخر مع كل مايترتب علي ذلك من شتي أشكال الصراع والاضطراب فيما بعد، فـالفرد الذي يكون انطباعا إيجابياً عن آخر، فإن هذا التأثير سوف يميــل إلي كافة مايصدر عن هذا الفرد من ســـلوكيات، والأمـــر يبـدو

صحيحاً في حال تكوين الانطباعات السيئة. فإدراك أحد الجوانب السلبية في شخصية الآخر، قد يدفع بالفرد انطلاقا من فكرة التعميم إلي نقل هذا الانطباع الجزئي إلي كافة مواقف وتفاعلات هذا الآخر، فمركزية الإدراك أدت إلي توسيع مجال الحكم علي شخصية الآخر بأكملها.

ثالثاً: إذا كنا في البند – أولاً – تم التركيز علي فكرة الانطباعات الأولية وأثرها في عملية التفاعل مع الآخر، وإذا كنا في البند – ثانياً – تم التركيز علي فكرة الإدراك الجزئي لبعض الجوانب الإيجابية أو السلبية ومن ثم تعميم الحكم علي الجوانب الكلية لشخصية من ندركهم ونتفاعل معهم، فهناك أيضاً أحد المتغيرات الهامة في عملية الإدراك وهي انتقائية عملية الإدراك، فالفرد دائماً مايميل في أدركه للآخرين إلي الجوانب التي يرغب ذاتياً في التركيز عليها، مع إهمال بقية الجوانب الأخرى وأبعادها عن دائرة الإدراك .. فنحن نميل إلي إدراك مانريد إدراكه في شخصيات الآخرين، ونغض الطرف عن الجوانب الأخرى التي لانريد إدراكها، فجانب كبير من ادراكاتنا يعتمد علي الانتقاء الاختياري من قبل الفرد، فنحن لاندرك الواقع بمحدداته كأشخاص وموضوعات ورموز بصورة تقريرية، وإنما ندركها بما يتفق والأطر المرجعية التي تحكم ذاتنا ومدي رؤيتنا لها، مع كل مايستتبع ذلك من عمليات التحريف والتشويه والإسقاط،

وينبغي التأكيد في هذا الصدد أن عملية الانتقاء هذه تتم بواسطة خصائص كل من المدرك والمدرك والموقف التفاعلي.

رابعاً : كثيراً ماندرك الأفراد الذين نتفاعل معهم ليس بوصفهم ذوات فردية بقدر كونهم ذات جماعية، مثل إدراك فرد ما من واقع جماعته المعيارية التي ينتمي إليها من حيث الدين والنوع والمركز الاجتماعي والمكانة المهنية والتعليم ... الخ. إن خطورة مثل هذا الاتجاه الرامي إلي إدراك الفرد بوصفه حامل لخصائص جماعه معينة، قد يهدد القيمة الذاتية للفرد ويلغي وحدته المتفردة ، أن قولبه الإدراك وتنميط الأفراد ادراكياً قد يعد أحد الميكانيزمات التي تيسر للفرد فرصة التفاعل الكلي غير المفصل ، ومن ثم تبعده عن إجهاد النفس في إدراك تفاصيل قد يعجز عن فهمها في شخصية الآخر المدرك، ويمكن ملاحظة أثر تلك القولبة في كافة التصنيفات المجتمعية من حيث تقسيمه إلي طبقات "أغنياء / فقراء" "متعلمون / أميون" "ذكور / إناث" "حضريين / ريفيين" .. واستمرار الفرد في اعتماده علي هذا الإدراك المنمط قد يدفع به إلي ترسيخ حدة الانطباعات وجمودها، وعدم السماح له برؤية الجوانب النوعية والتفصيلية في شخصية الآخرين، مع كل مايترتب علي ذلك من صعوبات في عملية التفاعل.

خامسا : دائما مايسعي الفرد لإثبات صحة آرائه وأحكامه عن طريق تمثلها في الآخرين الذين يتشابهون معه وينجذبون إليه، فالإدراك

القائم علي التشابه بين الأطراف المتفاعلة كثيراً ما نقابلـــه بيــن الأفراد والجماعات، لأنه يلعب دوراً كبيراً في إحـــداث التـــوازن وخفض التوتر، وعلي الرغم من أهمية هذا الجانب فـــي تحقيـــق التنظيم الأمثل للعلاقات بين الأفراد المتشابهين ، إلا أن الاستمرار عليه ورفض محاولة الدخول في دائرة التفـــاعل مـــع الآخريـــن المغايرين وغير المتشابهين معه، سوف يؤدي بمرور الوقت إلـــي عدم فهم الآخر المغاير، ومن ثم صعوبة التكهن بموافقة المستقبليه معه، نظراً لانتفاء المحددات الدالة علي فـــهم المغـــاير ومعرفـــة خصائصه وأساليب تفكيره.

سادساً : قد يميل الفرد غالباً إلي إدراك الجوانب الإيجابية في شـــخصية من يمتدحونه ويعددون مميزاته ويعلون من قدرة، والعكس يبـــدو صحيحاً من حيث ابتعاد الفرد عن التفاعل مع من يعددون عيوبـــه ومساؤه، وينتقدونه، بل قد يميل الفرد – كنـــوع مـــن رد الفعـــل المضاد – إلي البحث وتصيد الأخطاء لهم لكي يضعهم – بـــالمثل – في دائرة الادراكات السلبية.

سابعاً : من الأمور الهامة في مجال إدراك الفرد للآخرين كـــم وكيـــف مايحمله من معلومات ومعارف عن الشخص المدرك، وكلما كانت المعلومات قليلة ومشوهه وغير واضحة، كلما أثر ذلـــك بالســـلب علي عملية التفاعل، ولكي يحدث الإدراك الموضوعي لابد مـــن سعي الفرد للتزود بالمعطيات والمعلومات الكافية عن شـــخصيات

من يتفاعل معهم، لأن هذه المعلومات سوف تجعل عملية التفاعل قائمة علي أسس من التفكير العقلاني، أكثر منها إعتمادا علي المنظور الانفعالي، لذا ينبغي قبل التسرع في إصدار الأحكام علي الآخرين، ضرورة الإحاطة بالمعلومات والمعارف عنهم، ومحاولة تقيمها وتفنيدها ودحضها، ثم بعد ذلك تتاح إمكانية إصدار الحكم .

ثامناً : إن الغموض الذي يكتنف الموقف التفاعلي بين الفرد والآخرين قد يلعب دوراً كبيراً في عملية الإدراك والحكم علي الأطراف المتفاعلين، فالفرد الذي يفتقد القدرة علي تحمل الغموض سيلجأ بدوره كنوع من ميكانيزمات الدفاع إلي شتي الأساليب التي تبرر سلوكه ورد فعله تجاه الموقف الغامض، الأمر الذي يصبغ ادراكاته بالتشويه والتحريف.

تاسعاً: لانستطيع أن نغفل أثر الحالات النفسية العارضة والتقلبات الوجدانية والاضطرابات العضوية من قبيل الإرهاق والتعب والاحباطات في أسلوب إدراكنا للمحددات الواقعية سواء كانوا أشخاصاً أو موضوعات أو رموز.

عاشراً: هناك العديد من الأفراد يعتمدون في تفاعلاتهم مع غيرهم علي الإدراك الأولي فقط، ويرون أن هذا الانطباع هو الصحيح دائماً، ومن ثم يأخذون قراراتهم الشخصية بالاقتراب أو الابتعاد عن الآخرين وفقاً لفحوي هذا الانطباع الأولي، وتتمثل خطورة مثل هذا الموقف من منظور الصحة النفسية في أن الفرد قد لايعطي

لنفسه فرصة التفكير والتريث في فهم الآخرين، وإذا سألنا أحد هؤلاء الأفراد عن مبررات نفوره من شخص ما، سرعان مايبرر ذلك ببعض المبررات الانفعالية والعاطفية "متعالى، مغرور، بارد، قبيح المنظر" أو قد يبرر العكس في حالة الانجذاب "ودود، مؤدب، متواضع" فإذا أخذنا في الاعتبار أن ديناميية العلاقة انتفاعلية بين الأفراد لابد أن تقوم علي مبدأ التأثر والتأثير المتبادل، ومن ثم اكتشاف بعضهما بشئ من العمق والمعرفة، بات من الواضح حينئذ أن الاعتماد فقط علي المستوي الخارجي لعملية الإدراك "الانطباعات الأولية" لن يحقق للفرد التفاعل المشبع، فالإدراك الحقيقي يتطلب ضرورة إدراك الآخر والذات في آن واحد، لان كثير من الانطباعات الشخصية التي نضعها تكون نتيجة لمحددات كامنة في ذواتنا أكثر من مجرد تواجدها في للآخرين، فالفرد المنافق أو اللص قد يدرك الآخرين من نفس المنظور، والفرد المتواضع الودود قد يدرك الآخرين من نفس المنظور، فعلي الفرد البحث عن الأسباب الداخلية التي أدت به إلي تكوين هذا الانطباع أو ذاك، فالفرد الغني الذي ينظر إلي كل الفقراء بوصفهم سيئون ومحتالون ومنافقون ووصوليون، لابد أن يتساءل بدوره من أين له تم استيقاء وتشكيل تلك الصورة الذهنية.. كذلك الرجل الذي دائماً ما ينظر إلي المرأة نظرة قوامها الدونية والاستخفاف وعدم التقدير المناسب، لابد أن يتساءل كذلك

من أين له تم استيقاء وتشكيل تلك الصورة الذهنية، فإدراكنا للآخرين من حيث نواياهم ومشاعرهم وأفكارهم وتصوراتهم سيحدد بشكل كبير ردود أفعالنا تجاههم، فالفرد الذي أدركه بوصفه أقل مني علماً ومركزاً سيحدد طبيعة تفاعلاتي معه من حيث التعالي عليه أو التواضع معه، أو إعطاؤه الفرصة للحوار أو فضه، وتلعب المعلومات اللفظية دوراً كبيراً في تشكيل مفهوم الإدراك الاجتماعي، فالأفراد في حالة مستمرة من التقيمات اللفظية لبعضهم البعض، ويصنفون بعضهم البعض وفقا لهذه المعلومات اللفظية، أن هذه التقيمات "الغرور، التواضع، الشجاعة. قد يرتبط بها العديد من المشاعر والانفعالات الصادرة منا تجاههم، فعندما نصف فرد ما بأنه مغرور ومتهور ومندفع، فهذا يعني عدم الاقتراب منه والتعامل معه بحذو عدم الاعتماد عليه ورفض فكرة الحوار والمناقشة معه، الأمر الذي يفرض علينا في إطار الصحة النفسية من ضرورة البحث عن مضمون هذه الصفات التي ندركها في الآخرين، وماهي المحددات الموضوعية التي أدت إلي ظهورها علي هذا النحو أو ذاك .

الأدوار

يلعب الإدراك دورا كبيرا في تحديد الملامح العامة للصحة النفسية لدي الفرد، فمن خلال إدراك محددات الواقع بكل مايحويه من موضوعات وأشخاص ورموز، يتم التعامل الإجرائي والسلوكي مع كل

تلك المحددات، فإذا كان الإدراك يشوبه التشويه والتحريف وعدم الدقة، بات من الواضح اضطراب مستوي السلوك، مما يسبب للفريد العديد من الصعوبات في عملية التوافق سواء الذاتي أو الاجتماعي، مما ينعكس بالسلب علي إحساسه بالصحة النفسية بمهفومها العام.. لموضوع إدراك الدور علي وجه التحديد، لأن الغموض في إدراك الدور الذي ينبغي للفرد القيام به، سيؤدي بمرور الوقت إلي الوقوع في دائرة صراع الأدوار بكل ما يتصل به من تداعيات سلبية، تؤثر علي صحته النفسية.

فكل مجتمع يحوي بين طياته مجموعة كبيرة من التنظيمات والأنساق المجتمعية الفرعية، والذي يعد أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له، وداخل كل نسق اجتماعي فرعي يتبادل الأفراد التفاعلات المتبادلة من خلال مايتعرضون له من مواقف وأحداث ، والسلوك الصادر من الفرد يمثل الدور الذي يعكس بدوره محددات النسق الفرعي لهذه الجماعة أو تلك، فإذا أخذنا في الاعتبار تعددية الجماعات الفرعية التي ينتمي إليها الفرد "الأسرة – العمل – الأصدقاء .. الخ " لادركنا في المقابل التعددية المماثلة في عدد الأدوار التي يقوم بها، فالرجل يمارس دور الزوج في إطار علاقته بزوجته، علي حين يمارس دور الأب في إطار علاقته بأبنائه، بينما يمارس دور الرئيس في إطار بمرؤوسيه في العمل، من هنا فإن هذه الأدوار مجتمعه تمثل العمود الفقري لعملية التفاعل الاجتماعي.

والدور الاجتماعي للفرد لاينفصل عن عاملين متكـــاملين وهمـــا المحددات الذاتية للفرد القائم بالدور من حيث اســــتعدادته مشـــروعيته ومهاراته وطموحاته، والمحددات المجتمعية التي تعطي بدورها للـــدور مشروعية الفعلية .. ويضطرب مفهوم الصحة النفسيـــــة في حـــال قيام الفرد بأدوار لاتتفق وخصائصه الذاتية، أو لاتتفـــق كذلـــك مـــع المحددات والأطر المجتمعية، الأمر الذي يجعلنا نؤكد أن الــــــدور الاجتماعي يمثل حلقة الوصل بين الخصـــائص الذاتيـــة للفـــرد وبيـــن وحـــــدة المجتمع بكل مايحويه من قيم ومعتقدات وعـــادات وتقـــاليد.. لذلك لانتصـــــور التعرض لمفهوم الصحة النفسية للفرد دون الإلمـــام بأدواره الاجتماعيـــــة ومدي كفاءته في القيام بها والأســـاليب التـــي يلجأ إليها لتحقيق هـــــــذه الأدوار.

وإذا سلمنا بأن الدور الذي يقوم به الفرد لايخرج عادة عن الإطار المجتمعي الذي يعيش فيه، لإدركنا في المقابل حدوث نوع من التوقـــع لما سوف يصدر من الأفراد من أدوار وفقاً للتصورات المســـبقة عـــن الأدوار التي يحملها كل منا بداخله كإطار محدد للسلوك .. وفي حالـــة حدوث إلمزاوجة بين التوقع المسبق للدور والتفعيل الإجرائـــي للـــدور، كلما زادت حدة التفاعل إيجابية وديناميكية، ومـــن ثـــم شـــعور الفـــرد والجماعة علي السواء بالصحة النفسية والتوافق، علي حين كلما حـــدث الانفصام بين التوقعات والأدوار كلما كان ذلك مدعاه للتنبؤ بـــاضطراب

الفرد وعدم قدرته علي القيام بأدواره بكفاءة، فضلاً عن تعثر التفاعل الاجتماعي مع مايرتبط به من تفكك علي المستوي الجماعي.

ولايقتصر فهمنا للدور الاجتماعي بوصفه انعكاساً مباشراً لخصائص ذاتيه للفرد فقط، أو علي اعتباره نتاجاً للمحددات الاجتماعية فقط، وإنما ينبغي كذلك التطرق إلي الأساليب التي يلجأ إليها الفرد في أدائه لأدواره، فالأساليب التعبيرية عن الدور تختلف من فرد لآخر ومن جماعة لآخرى، الأمر الذي يحتم علينا قبل تقيم الدور وإضفاء المنظور السوي أو المضطرب عليه، ضرورة التعرف علي الملامح الرئيسية للثقافة الفرعية وجماعة الانتماء، فهناك من الآباء من يميل في أدائه لدورة كأب إلي استخدام أسلوب العقاب البدني والقسوة والتهديد بالحرمان كأسلوب أساسي للقيام بدوره التربوي، علي حين قد نجد في جماعات أخري أن دور الأب قد يقوم علي الحماية الزائدة، حيث يتولي الوالدان القيام بالواجبات المفترض قيام الطفل بها والتي ينبغي تدريبه عليها .. انطلاقاً من فكرة الحرص عليه وتخفيف الأعباء الواقعة عليه في هذا الصدد، كذلك قد نجد في بعض المجتمعات أن دور الأب في تنشئة الأبناء قد يقوم علي إثارة الألم النفسي لديهم من قبيل أشعارهم بالذنب وتحقيرهم والإقلال من شأنهم وتصيد الأخطاء لهم ونقدهم بصفة مستمرة، أن هذه النماذج السابقة تشير في مجملها إلي أن كل أب من النماذج الثلاثة السابقة وغيرهم الكثير قد يعتقد أنه يمارس ويلعب دور الأب، بغض النظر عن المنظور التقيمي للآخرين

لهـذه الأساليب الإجرائية في ممارسته الدور، فالتعرف علي الأسـلوب الذي يمارسه الفرد في أدائه للدور سوف يعكس بدوره كيفية تصـوره للدور ومدي فاعليته في إحداث الإشباع المطلوب من وراء .

ولابد من التركيز في إطار مفهوم الصحة النفسية علي قضية مدي اقتناع الفرد بما يقوم به من أدوار، فـالأدوار المفـروض القيـام بـها ولاتتوفر لها شروط التفعيل الجيد، قد تصيب الفرد بالتوتـر وعـدم الاتساق، والعكس يبدو صحيحاً في السيـاق، فكـم مـن الأفـراد يلعبون أدواراً لاتعكس في المقابل اهتماماتهـم الشخصيـة ، وقـد لايكونوا مؤهلين بحكم خبراتهم السابقة واستعداداتهم الشـخصية للعب مثل هذه الأدوار، وتكون النتيجة المتوقعة لذلك حـدوث التوتـر وظهور المواقف الضاغطة بصفة مستمرة.

وتأتي أهمية الدور في مجال الصحة النفسية في أنه يمثل العـامل الجوهري في عملية التنشئـة الاجتماعية، فمن خلال لعب الأب لـدوره وسط أبنائه، يبدأ الصغار في تمثل هذا الدور، ليصبح بدوره جزء مـن نسيجهم الشخصي والنفسي فيما بعد، كذلك فان الدور الذي يقوم به الفرد لاينتهي بنهاية الموقف التفاعلي مثلما يحدث الأمر علي خشبه المسـرح، ولكن تأثيره يتسم بالاستمرارية وطول الأمد، من هنا تأتي أهميـة مـن يلعبون الأدوار في كافة المؤسسات التربوية والثقافية، فهم بسلوكهم العام "أدوارهم " إنما يفسحون الطريق لمن يتولون زمام تربيتهم مـن تمثـل لتلك الأدوار وإرساء ملامحها داخلهم.

علي الرغم من ارتباطه الدور بفرد ما أو جماعة معينة تقوم بأدائه، الدور الاجتماعي في حد ذاته مفهوماً مجرداً أكثر منه مفهوماً عيانياً يرتبط بفرد ما أوبموقف ما، فالدور دائماً مايكون منفصلاً عن الأشخاص الذين يقومون به، فدور الأب يمكن النظر إليه بوصفه مجموعة من المسئوليات والواجبات بغض النظر عن ارتباطها بشخص معين، وفي حاله قيام الفرد بتلك الواجبات نقول حينئذ أنه يلعب دور الأب، فالمفهوم الخاص بالدور يتم ارساؤه من خلال تفعيلات الأفراد لمضامين تلك الأدوار، ويترتب علي تلك الحقيقة إذعان الأفراد في أدائهم لأدوارهم لما تم الاتفاق عليه – ضمناً أو صراحة – من المرجعية المجتمعية، فإذا حدث التطابق بين الدور والمرجعية السابقة يحدث حينئذ التفاعل وزيادة حدة التماسك بين الفرد وجماعته، وفي حال حدوث العكس فلنا أن نتوقع كافة أشكال التنافر الاجتماعي وبداية تفكك الجماعة واضطراب الفرد وافتقاده للصحة النفسية.

وكثيراً مايرادف البعض بين مفهوم الدور ومفهوم الاتجاه ولكن تلك المرادفة سرعان ماتتلاشي إذا علمنا أن الدور أقرب إلي التفعيل الإجرائي الذي يعكسه سلوك الفرد ، علي حين أن الاتجاه أقرب إلي النزعة الداخلية، وان كان الاتجاه في عمومة يلعب دوراً كبيرا في تشكيل الأدوار ودفعها للظهور وفقاً للطبيعة النوعية للاتجاه، لذلك فإن التنبؤ بالاتجاه يمكن الوقوف عليه من خلال جملة الأدوار التي يلعبها

الفرد إجرائياً، فالفرد الذي يداوم علي الصلوات في المسجد وقراءة القرآن .. الخ يمكن أن نتنبأ حينئذ بطبيعة الاتجاه لديه "الاتجاه الديني".

أن الدور الاجتماعي الواحد الذي يقوم به الفرد لايقتصر أداؤه علي مجرد نشاط واحد فقط، وإنما الدور يتضمن العديد من أوجه النشاط المرتبطة به ، فدور الأب علي سبيل المثال يتطلب القيام بعدة أنشطة متجانسة في آن واحد، منها السعي للحصول علي المتطلبات المادية اللازمة للإنفاق علي الأسرة، وإعطاء الأبناء الإحساس بالأمان والرعاية، وتزويدهم بالمعايير الأخلاقية والمجتمعية ... الخ ولابد أن يتسق أداء الفرد لهذه الأنشطة بالتجانس وعدم التضاد، طالما أنها تقع جميعها تحت إطار دور واحد معين، أما في حالة حدوث الاختلاف فعلينا أن نتوقع مايطلق عليه صراع الأدوار الذي يخلف وراؤه الإحساس بالتوتر وانعدام الصحة النفسية سواء داخل الفرد المعني بلعب الدور أو لدي الآخرين الذين يبادلهم التفاعل أثناء لعب الدور، ولايخلو مجتمع أو جماعة ما من معاناه أفراده من صراع الأدوار، وتزداد حدة هذه الصراعات كلما كبر حجم الجماعة وإزدات متطلباتها تعقيداً، والعكس يبدو صحيحاً في هذا السياق، ولكي يتجنب الفرد الوقوع في دائرة الصراع بين الأدوار المتعددة عليه الأخذ في الاعتبار عدة محددات.

(أ) علي الرغم أن تعددية الأدوار لاتعني تفكك البناء الاجتماعي بقدر ماتعني زيادة حدة التفاعلية وتكامل الجماعة، إلا أن الفرد علي

المستوي الشخصي في حاجة ضرورية للوقوف علـــي الأهميــة النسبية لكل دور يقوم به من حيث كم وكيف الإشباعات النفســـية والاجتماعية التي يحصل عليها من خلال لعب كل دور من هـــذه الأدوار المتعددة، فالأدوار التي يقوم بها الفرد ليست جميعها علـــي درجة واحدة من الأهمية، وإنما تتفاوت درجة أهمية الـــدور مـــن فرد لآخر، ومن فئة عمرية إلي فئة عمرية أخري ، وفقاً للعديــــد من المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية، بل أن الدور الواحد قــد تتباين أهميته النسبية وفقاً للموقف التفاعلي الذي يتم لعب الـــدور من خلاله، فهناك أدوار جوهرية وأخري ثانوية وثالثـــة مهمشـــه ورابعه قليلة الجدوي، هنا ينبغي علي الفرد لكي يشعر بمزيد مـــن الصحة النفسية من القيام بعملية الترتيب لهذه الأدوار من وجهـــة نظره الذاتية، وكذلك من وجهة نظر المحكات والأطر المرجعيـــة، ومن ثم البدء في عملية التفضيل واللعب، فمن شأن هذا الـــترتيب أنه يقلل تباعاً من حدة الآثار السلبية الجانبية الناجمة عـــن الأدوار المتصارعة، فالفرد الذي يترك منزله ولايجالس أبناؤه ويقضــــي معظم الوقت مع أصدقاءه ولايعطي للأبناء إلا هامشاً قليـــلاً مـــن الوقت والجهد، يكون بذلك قد وضع دوره كصديق قبل دوره كأب .. وقد يؤدي هذا الترتيب للدورين إلي العديـــد مـــن المشـــكلات الأسرية التي تتطلب منه ضرورة إعادة الترتيب من حيث الأهمية

النسبية، وعملية الترتيب للأدوار يترتب عليها تنظيماً وترتيباً مقابلاً للأنشطة المتعددة المرتبطة بالدور.

(ب) **أذا كنا قد ركزنا في البند (أ) علي أهمية قيام الفرد بعملية ترتيب الأدوار وفقاً لأهميتها، فهناك محدد آخر وهو أن الأدوار التي يقوم بها الفرد لاتأخذ عادة الشكل الاستاتيكي وإنما هي دائمة** التبدل والتغير بحكم العديد من المتغيرات الخاصة بالنضج ونوعية الجماعات المتغيرة التي يتعامل معها الفرد، ووفقاً للظروف الموقفية، ووفقاً كذلك لردود فعل الآخرين إزاء ما يلعبه من أدوار، من هذا المنطلق لاينبغي لنا التعامل مع فكرة الدور من واقع التصورات الجامدة التي لاتخضع للتغير، فمعرفتنا بالتطورات الخاصة بالمتغيرات السابقة (نضج الفرد، تعليمه أوجه التفاعلات مع الآخرين، الظروف الموقفية .. الخ تجعلنا في المقابل أكثر وعياً بالطبيعة النوعية للدور الذي يقوم به، بل أنها تسهم في حسن التنبؤ والتوقع بالقيام بهذه الأدوار أو تلك، فلايمكن مثلاً أن نتوقع من الطفل القيام بالأدوار الاجتماعية التي تتسم بالنضج والمسئولية التي تميز غيره من الراشدين الكبار، كذلك لانتوقع من الانثي القيام بدور الذكر في إطار بعض المواقف الاجتماعية التفاعلية، فمعرفتنا بتلك المحددات تعد عاملاً أساسياً في فهمنا للدور وتوقعنا له.

(جـ) إذا أخذنا في الاعتبار أن الدور الواحد يتضمن العديد من أوجه الأنشطة التفعيلية مثل قيام الأب بإنجاب الأبناء والسعي لتوفير ضرورات الحياة لهم وإعطاؤهم الشعور بالحماية والأمان، .. الخ ، فإن مجموع الكل (الدور) عادة ما يكون أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له (الأنشطة) ، من هنا فإن الدور يصبح في هذه الحالة شديد الحساسية لأي تقصير في أداء الأنشطة الفرعية المكونة له ، ولنضرب مثالاً توضيحياً في هذا الصدد، فلو تخيلنا معاً ان دور الأب يتألف من خمسة أنشطة فرعية وكل نشاط فرعي يأخذ وزن نسبي مقداره خمس درجات فتكون النتيجة الطبيعية للأب الكفء في ممارسة دوره كأب هو ٢٥ درجة (٥ أنشطة ×٥ درجات = ٢٥).. فإذا ماقام هذا الأب بإهمال أحد الأنشطة الفرعية لأصبحت المعادلة كالتالي (٤×٥ = ٢٠) ولو أمعنا النظر لوجدنا أن التقصير في النشاط الفرعي الواحد أدي غلي خسارة في الناتج النهائي قدرها خمس درجات مما يعني أن نتائج لعب الدور غاية في الحساسية لأي تقصير يحدث في أحد الأنشطة المرتبطة بهذا الدور، فالأب الذي يرعي أبناؤه مادياً، ويعتني بهم ثقافياً، ودائم الارشاد والتوجيه لهم، قد يقصر في أحد الأنشطة والمهام الفرعية كأن يقوم دائماً بتعنيفهم أمام الآخرين والغرباء، فتكون النتيجة حينئذ محصله سالبة علي الأبناء إذا ما

قارنا نفس اداء هذا الأب بمثيله ممن لم يقم بهذا الدور السلبي الأخير.

لكل ما سبق ينبغي علينا في إطار تعميق مفهوم الصحة النفسية للفرد لأخذ في الاعتبار عدة محددات يمكن إجمالها في عدة نقاط:-

١ - ضرورة تحقيق التوازن بين المتطلبات الخاصة بالدور الملعوب والطبيعة النوعية لخصائص الفرد الذاتية (قدراته، مهاراته، استعدادته، بناؤه النفسي، حالته الاجتماعية، مستواه التعليمي، مركزه المهني والوظيفي، فلعب الأدوار التي لاتتفق وتلك المحددات الذاتيه، قد تصيب الفرد بالتوتر، وتضعه دائماً في المواقف الضاغطة، مع كل مايترتب علي ذلك من أساليب لاتوافقية في حلها والتعامل معها، فالطفل الصغير الذي تجبره أسرته علي ترك التعليم وارتياد سوق العمل والعمالة وتحمل مسئوليات كبيرة تفوق طاقته علي التحمل، علينا أن نتوقع منه كافة أشكال الاضطراب سواء داخلية أم خارجية.

٢ - ضرورة تحقيق التوازن بين المتطلبات الخاصة بالدور الملعوب والمحددات التي تحكم الإطار والمحك المرجعي المجتمعي، لأن هذه الأطر هي التي تضفي علي الدور مشروعيته، لذا فالدور الذي تقبله جماعة ما، ليس بالضرورة أن يكون مقبولاً لدي جماعة فرعية أخري، الأمر الذي يحتم ضرورة الوقوف علي

الملامح النوعية المميزة لجماعة الانتماء قبل الحكم علي مايقوم به الفرد من أدوار بوصفها مقبولة أم مرفوضة.

٣ – إذا أخذنا في الاعتبار أن الأدوار متعددة وتتباين من حيث أهميتها النسبية، ونظراً لصعوبة وضع الأدوار جميعها في مرتبه واحدة، فعلينا حينئذ البدء في ترتيب أولويات الأدوار بكل مايرتبط بها من أنشطة تفعيلية، تفادياً للآثار السلبية الناجمة عن فكرة صراع الأدوار.

٤ – إذا سلمنا بأن المعايير والمرجعيات التي يضعها المجتمع تحدد في جانب كبير منها طبيعة الدور المتوقع من الفرد القيام به، لإدركنا في المقابل أهمية عامل التوقع في نجاح أو فشل الفرد في قيامه بأدواره المختلفة، فكل فرد يحمل بداخله تصورات مسبقة "جاهزة البناء" تم استيعابها من خلال آليات التنشئة الأسرية والاجتماعية وكافة مواقف التفاعل الاجتماعي عن طبيعة الأدوار التي يمكن أن يقوم بها الأفراد والجماعات وفقاً لطبيعة الفرد" عمرة / جنسه / تعليمه/ جماعة الانتماء) وكلما تطابقت التوقعات المسبقة مع الدور الملعوب كلما أدي ذلك إلي زيادة التقارب الاجتماعي، ومن ثم إضفاء مشروعية القيام بالدور وتعزيزه وتدعيمه، وكلما حدث الانفصام بين التوقعات المسبقة للدور مع التفعيل الإجرائي للدور، كلما حدث الارتباك في عملية التفاعل مما يؤدي إلي كافة مظاهر الاضطراب لدي الفرد والجماعة.

الاتصـــــــال

يلعب الاتصال بين الأفراد دوراً كبـيراً فـي إتمـام عمليـة التفـاعل الاجتماعي، بل أن التفاعل الاجتماعي قد يفقد معناه بل ومضمونه أيضاً دون وجود قنوات متبادلة للاتصال، وأهداف الاتصال كثيرة لكن أهمـها علي الإطلاق التأثير في الآخرين، وتتعدد تصنيفات الاتصال .

أ – وفقاً للهدف : كثيراً مايكون الهدف من عملية الاتصال رغبة الفرد في تزويد الآخرين بالمعومات والمعارف والتـأثير علـي أدائـهم واتجاهاتهم، مثل الكاتب الذي يكتب مقالاً أو موضوعـاً بغـرض التأثير في اتجاهات القارئين له، وقد يكون الغرض من الاتصـال رغبة الفرد في مساعدة أخر لاجتياز أزمة معينة "الأخصائي النفسي والاجتماعي" وقد يكون الغرض من الاتصال رغبة الفرد في تزويد الآخرين بأسس التربية والمعايير الأخلاقيـة (الأب فـي علاقتـه بأبنائه) ، إن هذه النوعيات المتعددة من الاتصال يكـون غرضـها التقرب من الآخر وإحداث التأثير المطلوب فيه، وينبغي الإشـارة إلي أن الهدف من الاتصال بالرغم من تعدديه أهدافه إنما يتضمـن طرفلن يتبادلان معاً الرسائل "مرسل/ مستقبل)(مستقبل/ مرسل).

ب – وفقاً لنوعية الاتصال. في الوقت الذي نجد فيه اتصالاً ثنائياً بيـن فردين فقط، فهناك أيضاً اتصالات متعددة الأطراف "المناقشـات الجماعية المفتوحة" حيث يتبادل الجميع فتح قنوات الاتصال مـع بعضهم البعض، وقد يكون الاتصال الجماعي عن طريق فرد واحـد

مرسل والآخرون يستقبلون الرسالة دون تفاعلهم مع المرسل "خطيب المسجد" والذي يطلق عليه الاتصال الجماعي من طرف واحد.

ج – وفقاً لدافع الاتصال . يوجد نوع من الاتصالات يتسم بالقصدية مثل رئيس العمل الذي يقوم بإعطاء إرشاداته وتوجيهاته للمرؤوسين، أو القائد لجنوده، وقد يكون الاتصال بغرض إقامة علاقات إنسانية مؤقتة، أو بغرض إقامة علاقة دائمة ومستمرة.

د – وفقاً لشكل الاتصال .. هناك اتصالات مباشرة (علاقات الوجه وجه) وهذا النوع من الاتصال يتيح للأطراف المتفاعلة أكبر كم ممكن من التفاعل وتبادل الآراء والخبرات وهناك اتصالات غير مباشرة تهدف إلي التأثير في الآخرين دون مواجهة مباشرة.

خصائص الاتصال: -

إن الاتصال بين الأفراد والجماعات يتسم بعدة خصائص تميزه كعملية إنسانية.

أ – لاتخضع عملية الاتصال للشكل الثابت وإنما هي عملية متغيرة، ومحددات التغيير فيها راجعه لتغير الأقطاب المشتركة فيها، فمن الصعب إعادة موقف الاتصال بنفس الأساليب المستخدمة، وبنفس التأثيرات التي سبق أن حدثت من قبل، ومن الصعب تكرار المضمون الاتصالى بنفس الكفاءة التي حدثت سابقاً.

ب – لايمكن أن نتخيل سلوكاً إنسانياً دون تفاعل مع الآخرين، حتي في حال عدم وجود الآخر مكانياً وبدنياً، فإن أفكاره وتصوراته تظل

عالقه بالذهن وهذا يعني أن الاتصال عملية مستمرة وغير متوقفه، لأنها تشكل لب عملية التفاعل بين الفرد والآخر.

جـ - إن عملية الاتصال لاتقف عند حد المرسل الذي يسعي للتأثير فقط، ولاتقف عند حد المستقبل المستهدف بالتأثير فقط، وإنما العملية هنا تبادلية ديناميكية.

د - إن الاستجابة للرسالة ليست عملية بسيطة وإنما هي عملية بالغة التعقيد، يدخل في تشكيلها شخصية الفرد المستقبل وخصائص موقف الاتصال والملامح المميزة للشخص المرسل والتنبؤات والتوقعات الادراكيه.

صعوبات الاتصال التفاعلي:

علي الرغم من أهمية الاتصال في عملية التفاعل بين الفرد والآخر، إلا أن هناك العديد من الصعوبات التي قد تقف حائلاً دون تحقيق التفاعل بالشكل المتوقع :-

أ - إن الدلالات الكامنة وراء الكلمات والألفاظ والرموز ذات أثر كبير في إتمام عملية الاتصال، وكلما تباينت الدلالات كلما زادت الفجوة بين المرسل والمستقبل بسبب الغموض الذي يكتنف الرسالة، فالكلمة الواحدة قد تأخذ معنيان أو اكثر وفقاً للطبيعة النوعية للسياق التفاعلي.

ب - القصور الذاتي للفرد المستقبل للرسالة، من قبيل ضعف قدراته وملكاته العقلية القائمة علي الاستنتاج والاستقراء والاستدلال

والاستنباط والتحليل، فضلاً عن التشويهات والتحريفات الادراكية التي يضفيها علي مضمون الرسالة، أن هذا الوضع غالباً ما يؤدي إلي إرباك عملية الاتصال، خاصة أن عدم فهم المستقبل للرسالة وتفعيله لها سيصبح مثيراً للمرسل، والذي يتولي بدوره الاستجابه له ، مثلما يتحدث الراشد مع الطفل بلغه مغرقه في العمق والتجريد، الأمر الذي يجعل الطفل بدوره غير قادر علي التقاط الرسالة الاتصاليه أو الاستجابة لها بعشوائية، كذلك قد يرسل الفرد المتعلم رساله للآخر الأمي تتضمن مقدمات وأفكار وتراكيب لغويه، قد يفشل المستقبل في فهمها والرد عليها، وغلباً مايكون رد فعل المستقبل إما العزوف عن مصدر الرسالة، لأنها تجسد له ضعفه وقصوره أو اللجؤ للاتجاه المعاكس القائم علي التظاهر بالفهم والقبول حفاظاً علي صورة الذات وفي كلا الحالتين "العزوف / التظاهر بالفهم" فهم ميكانيزمان سلبيان في عملية الاتصال لأن النتيجة المترتبه عليهما عدم حدوث التأثر والتأثير المتبادل الذي يشكل لب عملية التفاعل المرغوبة.

جـ – تؤثر الحالات العارضة التي يواجهها الفرد من قبيل الانفعالات الطارئة والوعكات الصحية والإرهاق والتعب علي مدي إمكانية تقبله للرسائل الاتصالية بكفاءة وإيجابية، فالفرد في حالات الغضب عادة ما يتلق الرسالة بقدر ضعيف من الاهتمام ومن منظور انفعالي.

د – تلعب الخبرات السابقة دوراً كبيراً في إتمام عملية الاتصال بكفاءة، فالفرد الذي يألف مواجهة الجمهور ستكون طريقته في الاتصال وأسلوبه في تحقيق أهدافه واضحة ومنظمة علي عكس الفرد قليل الخبرة الذي سرعان ما يداهمه التوتر والارتباك ومن ثم الفشل في عملية الاتصال، فالخبرات السابقة تجعل الفرد أكثر مرونة في اختيار كافة مفردات الرسالة الاتصالية المؤثرة (حسن اختيار الموضوع، حسن تحديد موقف الاتصال – حسن تقدير الوقت – حسن التوقع الخاص بالأثر – حسن رَد الفعل تجاه الآخرين – حسن الإصغاء والحديث – حسن اختيار الكلمات المؤثرة والجمل والتعبيرات الدلالية".

هـ – يلعب التمركز حول الذات دوراً كبيراً في إرباك عملية الاتصال، فبعض الأفراد يجعلون عملية الاتصال علي وتيرة واحدة فهم المرسلون والمستقبلون في آن واحد .. لا يعطون الآخر فرصة الرد عليهم ومناقشتهم، يتحدثون طوال الوقت، لا يصغون للآخر ولا ينتظرون رد فعل الآخر لهم، هؤلاء الأفراد يميلون إلي التمركز حول ذواتهم ، وهذا الشكل من الاتصال غالباً ما يصيب المستقبل بالتوتر، لأنه في حاجة مماثلة لكي يتواصل ويعرب عن أفكاره وتصوراته للآخر المرسل.

العلاقة بين الزوجين – نموذجاً للتفاعل

إذا كان المفهوم العام للصحة النفسية هو قدرة الفرد علي الإحساس بالرضا الداخلي وأنه قادر علي تفعيل ذاته وتحقيق أهدافه الفردية في إطار من التفاعل الإيجابي مع الآخرين، في حركة من التأثر والتأثير المتبادل، بات من الواضح إذن أن هذا المفهوم يصبح أكثر إلحاحا علينا – نحن المتخصصون في علم النفس – في البحث عن كيفية تحقيقه في كافة التفاعلات الاجتماعية التي نعايشها دوماً ودائما، فالإنسان منا لايعيش بمعزل عن الآخرين، فالمشاركة أمر تقتضية ظروف حياتنا اليومية سواء أردنا أم لم نرد .. فالموظف في حاجة إلي التعامل مع رئيسه .. والزوج في حاجة للتفاعل مع زوجته .. والزميل في حاجة للتفاعل مع أقرانه .. وهذه التفاعلات قد تكون إرادية، أي يلجأ إليها الفرد بمحض إرادته الخالصة مثل علاقات الصداقة ولايدفعه لها إلا إحساسه ورغبته الذاتية في القيام بالتفاعل، فلا توجد قوة تدفع الفرد لكي يختار أصدقاء لايبادلونه الحب أو مشاعر الدفء أو الشعور بالحماية والانتماء، كذلك لاتوجد قوة تحول بين الفرد واختيار من يحب أو يبتعد عمن يكره .. وعلي النقيض من تلك التفاعلات الاختيارية ذات الطابع الإرادي الخالص .. توجد أيضاً وبنفس القوة تشكيله من التفاعلات الإنسانية يجد الإنسان فيها نفسه مضطراً لإقامة العلاقة رغم إحساسه الداخلي بعدم الرضا أو الشعور بالراحة، مثل علاقات العمل الرسمية ، وبعض العلاقات الزوجية .. وفي هذه الحالة لايجب علينا الاستسلام لتلك العلاقات الحصرية " الإجْبارية" .. وتحمل المشاعر

السلبية الناجمة عنها، ولابد من البحث حينئذ عن الأساليب التي تمكننا من إعادة رؤية تلك العلاقات مرة أخري، بما يحقق لنا اكبر قدر من التفاعل الإيجابي، وأقل قدر من المعاناة وموضوع الصحة النفسية قد يتيح للفرد بتكنيكاته وأساليبه بعض الفرص للتجويد والتحسين والارتقاء بالفكر والسلوك والانفعال، شريطة توفر Motivation الدافعية لدي الفرد لهذا التحسن .. ومن أكثر المجالات التي نري فيها اهتزاز مفهوم الصحة النفسية مجال التفاعل بين الزوجين .. ومجال العمل "العلاقات الاجتماعية في مجال المهنة " .. واختيار هذين المجالين علي وجه التحديد قد يكون له مايبرره.. فالتفاعل بين الزوجين داخل الأسرة يعد البداية الحقيقية لكافة أنواع التوافقات الأخرى خارج هذا الإطار، فالزوج الذي يشعر بالتعاسة الزوجية، وأنه غير قادر علي الإحساس بوجود وأهمية الطرف الآخر الذي يشاركه هذه العلاقة، ويتعامل مع هذا الطرف بكافه أشكال اللامبالاه والإهمال والتذبذب وعدم الاتساق والعنف .. حتماً سيجد صعوبة في تحقيق مفهومي التوافق "الذاتي والاجتماعي" .. أما المجال الآخر وهو العمل فمن خلال العمل يشعر الفرد بقدرته علي تحقيق الذات، ومن خلال العمل تتخارج الإمكانات الذاتية في صورة فعل، يكتسب مشروعيته من خلال اعتراف الآخرين به وتقديره .. فإذا كان العمل من هذا المنظور يتسم بالضآلة وعدم إشباع رغبات الفرد، مع وجود العديد من الإحباطات التي تحول بين الفرد وتحقيق ذاته من خلال العمل، بات من الواضح إذن أن النهاية المحتومة بذلك هي الإحساس بخيبة الأمل والإحباط والضغوط، وعدم

القدرة علي تحقيق الذات مما ينعكس أيضاً علي كافة أشكال تفاعلاته الأخرى بما فيها الحياة الزوجية وموضوع التفاعل بين الزوجين ليس من الموضوعات الجديدة في مجال علم النفس، بل هنا فروع ممعنة في التخصص مثل العلاج الأسري، والإرشاد الزواجي.. وكلها تهدف – فيما نري – إلي محاولة تحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق الإيجابي لكل الأطراف الذين يشكلون معاً مهفوم الأسرة، سواء بين الأزواج وبعضهم البعض .. أو بين الأزواج وابنائهم أو بين الأبناء وبعضهم البعض .. أو بين كافة أفراد الأسرة وغيرهم من دوائر التفاعلات الخارجية مثل الأهل والأقارب والجيران والأصدقاء .. الخ .. وسيتم التركيز في هذا السباق علي التفاعل بين الزوجين بوصفها أحد العوامل التي تسرع بتقويض مفهوم التوافق الذاتي والاجتماعي، نظراً لكم وكيف المؤشرات السلبية المرتبطة بها، سواء بالنسبة للأزواج أنفسهم، أو علي من يعولون من الأبناء، إذا أخذنا بالقطع أن الأبناء قد يعكسون في أحد المستويات اضطراب الآباء والأمهات، عن طريق عمليات التمثل والمحاكاه والتقليد والتوحد والتعلم الاجتماعي وأخيراً الآثار السلبية علي المجتمع بأسره في حالات الانفصال والطلاق وتهتك العلاقات الإنسانية بين الزوجين .. ولعل أول ما يواجهنا في هذا الصدد هو ذلك السؤال الخاص بالأزواج السعداء .. من هم الأزواج السعداء؟ .. أشارت بعض الدراسات في هذا الصدد إلي أن الأزواج السعداء قد يتميزون بعدة خصائص: –

أ – الذين لديهم قدرة مرتفعه علي ضبط النفس والانفعالات، فالعلاقة المباشرة بينهما تستدعي من كليهما تحكيم العقل والتأني والتروي وعدم التسرع في إصدار الأحكام، خاصة إنهما يمثلان في النهاية وحده واحدة غير قابلة للتجزئة، فهما وجهان لعملة واحدة يطلق عليها شركة الحياة فالفرد إذا ما شعر بالإحباط تجاه صديق ما ، قد يلجأ إلي فض العلاقة في حدها الأقصى، أما الفرد إدا ما شعر بالإحباط من شريك حياته، فإنه غالباً ما لايقوي علي اتخاذ قرار الانفصال، نظراً للأعباء والمسئوليات والارتباطات العديدة، المرتبطة بموضوع الزواج من قبيل مستقبل الأولاد .. والمسئوليات الاجتماعية والمادية والأخلاقية والعادات والتقاليد .. الخ.

ب – من خصائص الأزواج السعداء الميل إلي التعاون فيما بينهما .. فالحياة الزوجية قائمة علي فكرة التعاون دون الانفرادية من جانب علي حساب جانب أخر، والأزواج الذين يميلون إلي التعاون فيما بينهم بنوع من الحب والاختيار والإرادة الخالصة دون إملاء الشروط الإجبارية المجحفة، قد يكونوا سعداء في حياتهم، لأن فكرة التعاون تشير في مجملها العام إلي مدي الإحساس المتبادل لدي الطرفين بأهمية الوحدة التي تربطهما سويا، وبأن كل منهما يسعي للحفاظ علي هذه الوحدة، ويعمل جاهداً علي ضرورة بقائها واستمرارها في أجمل صورة .. ولكي يتحقق التعاون المنشود، ينبغي علي كلا الزوجين تمثل الأدوار المجتمعية التي تضفي

شرعية الوجود لكل منهما .. فأدوار الزوج وأدوار الزوجة حددتها الأعراف والأطر المجتمعية بشكل واضح ، ومن ثم يصبح التعاون في أدائها نوعاً من التكاملية والشمولية، بما يخدم في النهاية وحدة الترابط الزواجي .. فالزوج الذي يركن للراحة، ولايسعي لكسب الرزق، ويرفض الأنفاق المادي علي أسرته، قد يخل بمبدأ التعاون .. والزوجة التي لاتراعي التقاليد المجتمعية المتعارف عليها، وتترك مسئولية رعاية الأبناء الصغار، تكون قد أخلت بدورها بمبدأ التعاون، فالتعاون مع هذا المنظور يتطلب من الطرفين رؤية واضحة لأبعاد الأدوار التعاون وتوزيعها وتحمل المسئولية المرتبطة بأداء تلك الأدوار، وصولاً لتحقيق الهدف النهائي وهو الحفاظ علي وحدة الزواج بأكبر قدر ممكن من مشاعر الرضا عن النفس وعن الآخر في آن واحد ..

جـ – من ضمن خصائص الأزواج السعداء المزاج المعتدل، البعيد عن الانفعالات والتوترات الفجة والتقلبات المزاجية المبالغ فيها.. لأن من شأن هذا الخصائص أن تقلل من فرص التفكير المتزن. مع كل مايترتب علي ذلك من قرارات فردية متسرعة، فالزوج الذي يلجأ إلي أسلوب الانفعال الغاضب القائم علي الشجار والسب والضرب والإيذاء البدني والمعنوي لزوجته وأولاده، سيفقد بالتدريج مشاعر الدفء من الزوجة والأبناء، لأنه يصبح حينئذ غير جدير بمشاعر الثقة فيه، فضلاً عن النظر إليه بوصفه مصدراً غير كافياً لإعطائهم مشاعر الحماية والأمان .. وكل هذه

المشاعر يمكن أن تفسح الطريق لاحقاً لشتى ألـــوان التفــاعلات السلبية معه ..

د - من ضمن خصائص الأزواج والزوجات السعداء عدم الانســـياق إلي اليأس وفقدان الثقة بالنفس، فالعلاقة الزوجية شأنها شأن كافــة العلاقات الإنسانية الأخرى مـــن حيــث الأزمـــات والمنغصـــات والضغوط التي تواجهها، ومالم يتوفر لـــدي الطرفـــان إمكانيـــة المواجهة والتغلب علي تلـــك الضغــوط، ومواجهتـــها بالحكمـــة والمثابرة والاتزان والتعاون المشـــترك والمشـــاركة الوجدانيـــة الإيجابية، علينا حينئذ توقع اهتزاز تلك العلاقـــة الزوجيـــة، بـــل واضطرابها .. فإذا انطلقنا من أن الحياة الزوجيـــة شـــركة بيـــن طرفيـــن، فلنا أن نقرر في المقابل أن نتائج تلك الشركة، تخـــص كل من الزوجين معاً وليس طرف واحد، أن هذا الانطباع يجعـــل كل من الطرفين في حرص وانم علي نجاح تلك الشركة ومن ثـــم لامجال لكي يترك أحد الطرفين يعاني ويكابد في التغلـــب علـــي مايواجه تلك الشركة من مشكلات وضغوط، علـــي حيـــن يقـــف الطرف الآخر مشاهداً وملاحظاً وناقداً فقط .. فـــلا مجـــال هنـــا للانامالية في التعامل مع مشكلات الحيـــاة الزوجية، لأن من شأن ذلك أن يشيع بين الزوجين مشاعـــــــر العدائيـــة والتنافســـية والصراع، فالزوج الذي يترك زوجته تواجـــه مشكلة مـــا دون الوقوف بجانبها، والبحث عن أساليب مشتركة لمواجهتها، يعطيـــها الفرصة لكي تبادله نفس الموقف رداً برد .. وهنا بدايـــة التفكـــك

في الوحدة الزوجية وعدم تماسكها والحقيقة أن تفشي المشكلات بين الزوجين قد يكون نتيجة فشل الزوج أو الزوجة في إشباع حاجات وتوقعات الطرف الآخر، فالعلاقة بينهما تتسم بالديناميكية من حيث الإشباع المتبادل للمشاعر والحاجات، وفي حال تقصير أي من الطرفين في تحقيق هذا الهدف، يبدأ الطرف الآخر في الإحساس بخيبة الأمل واليأس، ومن ثم البدء في التعامل معه علي نفس المستوي من الهروب والتجنب وعدم الإقدام. فالزوج الذي يقابل أهل زوجته بتجهم وعبوس وعدم ترحيب، إنما يعطي رسالة لزوجته بأنها عديمة القيمة، الأمر الذي قد يدفعها في المقابل إلي تفعيل نفس السلوك الغاضب مع أهله وأقاربه ومعارفه .. كذلك الزوج الذي يقلل من شأن زوجته ويعدد مساؤها وسلبياتها أمام الآخرين، إنما يدفعها كذلك إلي ممارسة نفس الفعل معه في معية الآخرين.. فإذا دخلت العلاقة الزوجية في هذا الإطار من الندية والتنافسية، علينا أن نتوقع حينئذ شتي ألوان الصراع، فالزوجان عليهما الاقتناع بأن الحفاظ علي وحدة العلاقة بينهما، تتطلب ضرورة وجود مراعاة الطرف الآخر في الفكر والفعل والانفعال ..

(هـ) إن تفشي المشكلات بين الزوجين قد يكون نتيجة لعدم قدرة الزوج أو الزوجة علي قبول الاختلاف من الطرف الآخر .. فالاختلاف في الطباع والآراء والأفكار هي سنة الحياة بل والكون أيضاً، فالاختلاف قد يعد أول مراحل الانجذاب والاتفاق وليس التنافر

والابتعاد .. فالزوجان اللذان ينتهجان أسلوب الانفرادية في التعامل، وعدم الأخذ في الاعتبار نقاط الاختلاف مع الطرف الآخر، إنما يسهمان معاً في تقويض أركان الحياة الزوجية، فالاختلافات بينهما مهما عظمت فهي قابله للمناقشة والحوار، ومن ثم الوصول إلي بعض نقاط الاتفاق، التي يتعهد كلاً الطرفين بالقيام بها وتنفيذها عن طيب خاطر وحب دون أن يصاحب ذلك مشاعر الضعف والتنازل والتخلي عن المكانة والدور، ويرتبط بتلك المشكلة أيضاً ذلك الإحساس الخاطئ بأن كل طرف قد تملك الطرف الأخر، ومن ثم عليه الإذعان والخضوع لكل ما يمليه عليه هذا الطرف من أفكار وتصرفات وسلوكيات .. إن هذا الانطباع سيؤدي بمرور الوقت إلي إهمال الطبيعة النوعية والخصائص المميزة لكل طرف ، ومن ثم دفعه للوقوع في دائرة الاعتمادية المطلقة عليه، وابتعاده عن دائرة الاستقلالية، فكثير من الأزواج يشعر أنه يعيش في أسر الحياة الزوجية، وبأنه مراقب بصفة دائمة، وأن كل مايصدر عنه من تفعيلات تحت الملاحظة، وأنه لايقوي علي اتخاذ قرار فردي دون الموافقة التامة التصريحية غير التلميحية من زوجته .. وأنه مطالب دائما بإبداء المبررات وراء كل سلوك يسلكه .. وقد يكون نفس الموقف للزوجة في إطار علاقتها بزوجها .. إن هذا الوضع التشخيصي يعكس أحد الأزمات التي يتردي فيها الكثير من الأزواج، فالإحساس بملكية الزوج لزوجته أو الزوجة لزوجها، لايعنى علي

الإطلاق طمس الإرادة الذاتية والميول والأهـــواء والطموحـــات الشخصية للطرف الأخر، لأن إجبار أي من الطرفيـــن للطـــرف الآخر علي التنفيذ القسري "الإجباري" بما يتنافى مـــع الطبيعـــة النوعية له تحت دعوي التملك يعد نوعاً من الإغارة علي البنـــاء النفسي الذاتي للطرف الآخر، وهذا الموقف قد يأتي في الغـــالب بأحد أسلوبين لردود الأفعال، إما الإذعان وعـــدم القـــدرة علـــي التعبير عن النفس، مع كل مايترتب علي ذلك من مشاعر الإحباط واليأس والتوتر، إما الوقوف في وجه الطرف الآخر ورفع رايات العصيان والتمرد عليه والمنافسة والصراع... وكـــلا الأســـلوبين يؤثر بالقطع علي وحدة الحياة الزوجية، فعلي الزوجين أن يدركـــا أن رباط التملك الذي ربطهما سوياً هو السبيل لارتقائهما وليـــس لاختلافهما ... عن طريق حرص كل طرف علي تنمية الطـــرف الآخر ودفعه إلي دائرة الاستقلالية في إطار الوحدة العامـــة، لأن من شأن هذه الاستقلالية أن تتيح لكليهما ممارسة مهام أدوارهمـــا الزوجية بكفاءة وإيجابية، نخلص مما سبق أن التفاعل الإيجـــابي بين الزوجين يتبلور في ضرورة سعي كل من الزوجين علي دوام حل الصراعات العديدة التي إذا تركت حطمت الزواج، وبالتـــالي لامجال للحديث عن توافق زواجـــي وأحـــد الأطـــراف يـــترك المشكلات للطرف الآخر علي حين يبقي هو في دائرة المشـــاهدة والمراقبة وانتظار ردود الفعل، فمثل هذا التكنيك يتنافى مع مفهوم الوحدة التي يشترك في صياغتها طرفان وليس طـــرف واحـــد،

كذلك فإن التوافق الزواجى الناجح هو ذلك الارتباط الذي ينجح فيه الطرفان نسبياً في الوصول إلي اتفاق بشأن ما يواجههما من عثرات ومنغصات، علي أن يتحملاً معاً نتائج تلك المواجهة ... وينبغي الإشارة هنا إلي أن مفهوم المواجهة لايقف فقط عند حد تحمل النتائج المترتبة علي اتخاذ القرار من أحد الزوجين منفرداً، وإجبار الآخر علي تحمل نفس التبعية ، فالمشاركة بينهما ينبغي أن تتم علي عدة مراحل بداية من التفكير في حل المشكلة سوياً واختيار البدائل والوسائل الخاصة بمواجهتها سوياً ، وانتهاءاً بتحمل ردود الأفعال النهائية الناتجة عن عملية المواجهة سوياً أيضاً ، فقد يلجأ الزوج إلي إهمال زوجته وعدم دعوتها للمشاركة في كيفية مواجهة أزمة زوجية ما .. ثم يتخذ قراره الانفرادي بشأنها، ثم يدعو الزوجة لكي تقف بجانبه وتؤازره، وقد يكون العكس صحيحاً من حيث إقدام الزوجة علي التصرف بشكل انفرادي ثم تطلب مشاركة الزوج في تحمل تبعيات القرار، دون دعوتها له للمشاركة في عملية صنع وإصدار القرارات، إن هذا التكنيك يتسم بالسلبية ، لأن الدعوة للمشاركة جاءت في النتائج وليس المقدمات التي أفرزت بدورها هذه النتائج .. وهناك العديد من العوامل التي تسهم بدورها في زيادة حدة التفاعل الإيجابي بين الزوجين:

أولاً: الجوانب العاطفية بين الزوجين ، فالأزواج السعداء من هذا المنظور هم الذين تربطهم مشاعر الحب والمودة والطمأنينة

والراحة النفسية والثقة المتبادلة واحترام ذات الآخــــر وتقديــره، ومشاركته وجدانياً، والعمل علي إرضائه ، وتوفير سبل الراحــــة له، وهذه المشاعر الإنسانية لاتتولد مـــن فـــراغ، وإنمـــا تســـهم السلوكيات الصادرة من الطرفين علي خلقها وتدعيمها أو ضعفــها وانتفائها .. فالمشاعر السابقة ليست تعبيرات لفظيــة تقـــال بيـــن الزوجين، وإنما هي في الأساس مشـــاعر تســـتند بدورهـــا إلـــي المنظور الإجرائي السلوكي لكليهما .. فالزوج الذي يغرق زوجته بسيل من كلمات الإطـــراء والمديـــح والثنـــاء وكلمـــات الحـــب والإعجاب، دون أن يواكب ذلك تفعيلات سلوكية تشير إلي هـــذا المستوي من العواطف، يكون قد وقع في إطار الازدواجية بيـــن القول والفعل.. وهو أحد مظاهر الاضطرابات النفســـية " أســـمع كلامك أصدقك .. أشوف أمورك استغرب" والاستمرار في هـــذا الأسلوب لن يأتي الا بنتائج عكسية من قبيل عدم الاعتـــداد بـــهذا الثناء ومن ثم عدم تصديقه أو الاقتناع به، الأمر الذي يفقده معنـــاه لدي الطرف الآخر، بل قد يأتي بردود أفعال عكسية من الطـــرف الآخر حياله "بياع كلام" .. فالجوانب العاطفية بين الزوجين ينبغي التعبير عنها لفظياً وفعلياً .. دون الاقتصار علي جانب واحد فقـط منها وترك الآخر .. وهنـــاك علـــي النقيـــض بعـــض الأزواج والزوجات الذين يفعلون كل ما من شأنه إسعاد الطـــرف الآخـــر ومع ذلك يفتقدون القدرة علي التعبير اللفظـــي عـــن عواطفـــهم الإيجابية ومشاعر الود والدفء تجاه الطرف الآخر، إن هذا النمط

بدوره في حاجة إلي تدريب علي أساليب التواصل والاتصال اللفظي، فنحن في حاجة إلي أن نري نتائج أفعالنا في عيون الآخرين بعامة وفي عيون من نحب بخاصة، مما يجعلنا تباعا في حاجة إلي أن نتعلم كيف نعبر عما بدلخلنا من مشاعر وأحاسيس تجاه الآخرين .. فالزوج الذي يري زوجته تبذل قصاري جهدها في إسعادة وإسعاد أبنائه، في حاجة لتواصل لفظي يشعرها بمدي إمتنانه تجاهها وحبه لها .. والعكس يبدو صحيحاً تماماً، فالتعبير عن المشاعر تجاه الآخرين لايقل أهمية عن التفعيلات السلوكية تجاههم.

ثانياً: كذلك من ضمن العوامل التي تسهم في تحقيق التوافق الزواجي مدي توافق الجنسي، ولاينكر عاقل ما لهذا الجانب من أهمية في إحداث ذلك التوافق، ونحن لانتفق مع من يدعون أنه العامل الأوحد والرئيسي في هذا المضمار، ولكنه أحد العوامل الفرعية فقط، فالأشباعات الجنسية أحد الاشباعات البيولوجية والعاطفية للزوجين، ودون إشباع هذا المستوي، تبدأ الكثير من المشكلات النفسية والسلوكية في الظهور، ونظراً لحميمية هذه العلاقة بين الزوجين، ونظراً للحظر المجتمعي الشديد في الحديث عنها والوقوف علي أبعادها بدقة، فإن أغلب الأزواج والزوجات الذين يعانون من هذه المشكلات الجنسية، غالباً مايقومون بإزاحتها ونقلها إلي مصادر أخري للمشكلات، فالزوج غير الكفء جنسياً قد يتهم زوجته بضيق الأفق، وعدم القدرة علي

فهمه والإحساس بمشاعره، والزوجة التي تعاني نقصاً في هـذا الجانب قد تري في سلوك الزوج البخيل فرصة لإزاحة توترها ونقله، ولايستطيع سوي الأخصائي النفسي من تحديد المصدر الرئيسي والمصادر البديلة .. ولابد من الإشارة هنا إلي أن اللقاء الجنسي بين الزوجين لكي يصل إلي مبتغاة لابد أن يكون قائماً علي العاطفة والمتبادلة بحيث يرغب كل طرف في رغبه الأخر في رغبته في التو واللحظة .. لأن الإشباع حينئذ لاينصب علي طرف دون الآخر، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة الابتعاد التام عن كافة العلاقات الجنسية القائمة علي الإجبار والعنف من طرف تجاه الأخر، لأن الإصرار علي هذا الفعل دون توفر الرغبة المقابلة، قد يحيل بالتدريج وبمرور الوقت هـذا الفعل الممتع إلي فعل سيئ وكريه، مع كل ما يترتب علي ذلك من نفور واشمئزاز وعدم رغبة الجنسية، وبعض الأزواج يعتقدون – خاطئين – أن الممارسة الجنسية هي مجرد . إشباعات بيولوجية بدنية فقط، متجاهلين أن قمة المتعة الجنسية هي في التقاء العواطف قبل التحام الأجساد، لذلك لعلنا لانكون مبالغين إذا ذهبنا إلي أن معظم سوء التوافقات الجنسية بين الزوجين قد تكون راجعه لاضطراب مستوي العاطفة بينهما، تلك الأخيرة التي ينبغي الاهتمام بتنميتها وتدعيمها في إطار علاج تلك المشكلات ، فالتوافق الجنسي بين الزوجين لابد أن يكون قائماً علي فهم صحيح ومتزن لمعني الجنس ودوافعه وأهدافه، دون

إفراط أو تفريط ، وهذا الفهم الواعي يجعل الزوجين في حاجة مستمرة للتعديل والتغير وصولاً إلي مرحلة الاشباع المتبادل، فالزوجة التي تنظر إلي هذا الفعل بوصفه واجب زوجي إجباري، عليها أن تتعلم علي كيفية تحويله إلي فعل زوجي إيجابي، يسهم بدوره في تدعيم أواصل العلاقة الزوجية مع زوجها .. بوصفه فعلاً مشبعاً علي المستوي العاطفي والبدني معاً، ولابد للزوجين أن يأخذا في الاعتبار الطبيعة النوعية لبعضهما البعض، وصولاً إلي نقاط الاتفاق بينهما، حتي لايتحول الأمر إلي مجرد اعتبار الطرف الآخر مصدراً لاشباعاته فقط، مع كل ما يترتب علي ذلك من مشاعر سلبية . فالإشباع الجنسي المتوازن بين الزوجين أحد محددات الصحة النفسية لكليهما.

ثالثاً: كذلك من ضمن العوامل التي تؤثر في التوافق الزواجى الجوانب المادية والاقتصادية، فالجوانب الاقتصادية هي المعاملات المستمرة في الحياة اليومية، بل أن البعض ينظر إليها بوصفها "عصب الحياة" وأساس الاضطراب في الحياة الزوجية، وعلي الرغم من أهمية هذا الجانب، إلا أننا نري أنه يمثل أحد العوامل وليس كلها .. فانخفاض مستوي الدخل قد يؤثر بالسلب علي كلا الزوجين في مواصلة أمور حياتهما، حيث يجدا صعوبة في تحقيق طموحاتهما وطموحات ابنائهما، مما يخلف لديهما مشاعر الإحباط والضيق والتوتر، خاصة إذا كانا يتواجدان في بيئة اجتماعية تتسم بالتفاوت الطبقي الكبير، إلا أنه بالرغم من هذه

الصعوبة يمكن الإقلال من أثارها السلبية في ضوء عدة محددات يتصدرها قناعة كلا الزوجين بمستوي الدخل المادي الخاص بهما، ومن ثم عمل الموازنة المعتدلة بين مصادر الدخل ومصادر الأنفاق دون إفراط أو تفريط، علي أن يحركهما في هذا الصدد مشاعر القناعة والرضا عن النفس وتحمل المسئولية .. والسعي الدائم نحو تحسين الدخل وزيادته بالطرق المشروعة، والاقتناع بأن الأفراد يتباينون في هذه الجوانب، وأن التطلعات المادية المبالغ فيها دون بذل الجهد اللازم للحصول عليها، قد يؤدي إلي الإحباط واليأس والتوتر، كذلك يمكن عن طريق الإرشاد العقلاني للزوجين دحض الأفكار الخاطئة بأن المال هو كل شئ في الحياة، فهناك أشياء لاتقل قدر أنملة عن قيمة المال مثل الصحة والأمان الداخلي والرضا عن النفس، مع ضرب الأمثلة التوضحية لهما بأن هناك بعض الأفراد يمتلكون المال ومع ذلك يفتقدون مشاعر الدفء وعقوق الأبناء واعتلال الصحة وانحرافات الأبناء السلوكية، كذلك يمكن إقناعهم بأن الحصول علي المال يستلزم قدراً من الجهد والمثابرة دون التأثير علي بقية جوانب الحياة الأخرى، فالزوج الذي يسافر للخارج تاركاً زوجته وأولاده سنوات طويلة تحت شعار الارتقاء المادي، قد يؤثر علي الجانب الآخر بالسلب علي بقية أفراد أسرته، فالأبناء في حاجة إلي دفء الوالد والإحساس بالأمان في معيته، بوصفه المرشد والمربي لهم، كذلك الزوجة في حاجة إلي

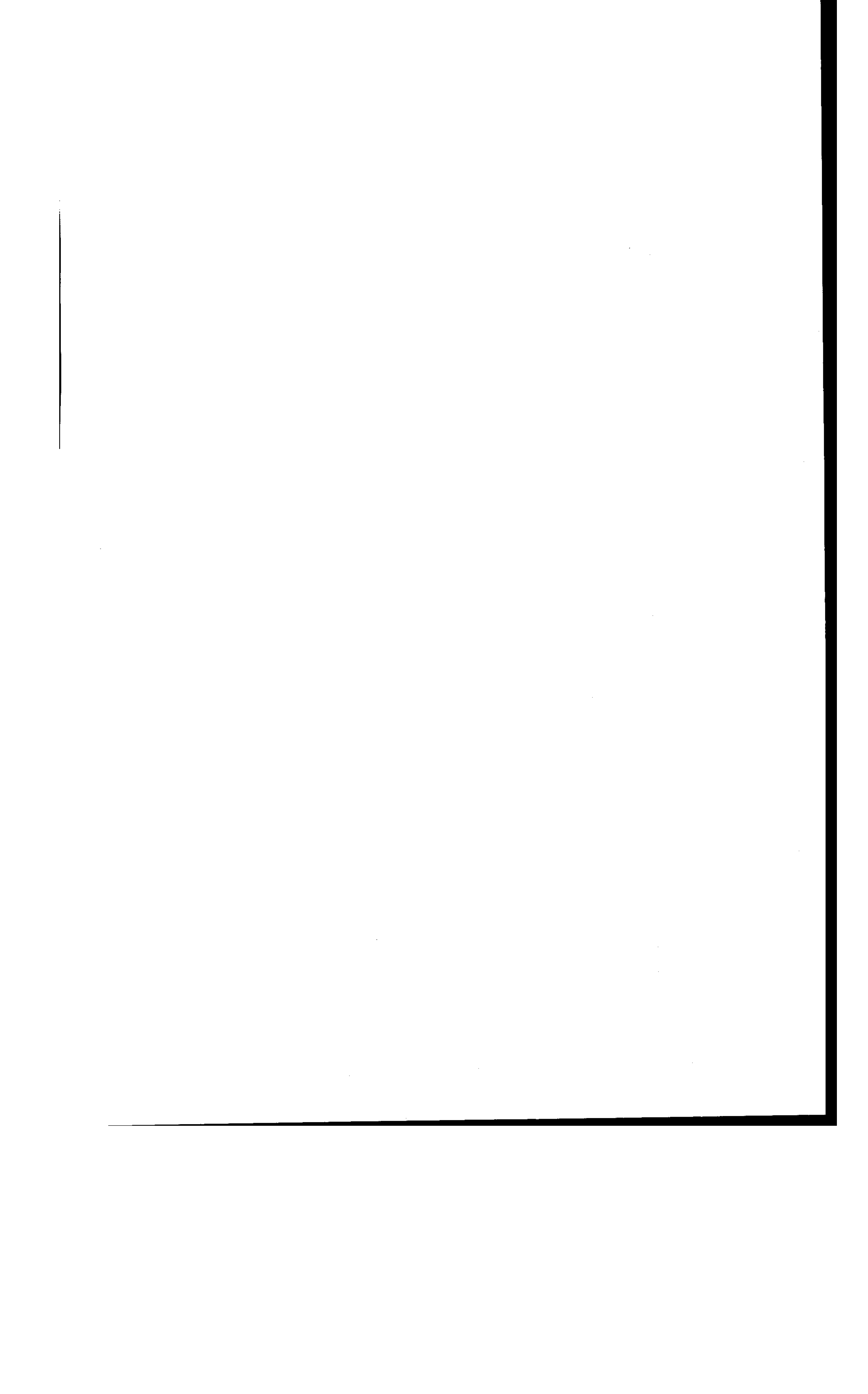
الزوج، لأنه من الصعب عليها القيام بتمثل الدورين معاً، وهناك العديد من النماذج المضطربة فيمـــا يتصـــل بعلاقـــة الـــزوج والزوجة في إطار الجوانب المادية نذكـــر منـــها علـــي ســـبيل التوضيح .. الزوجة التي تلجأ دائماً لعقد المقارنات المادية بينـــها وبين غيرها من الزوجات الآخريات، دون الأخذ في الاعتبـــار طبيعة المحددات الواقعية والموضوعية لها ولأسرتها، ومن شأن هذه المقارنات أن تسبب لها الضيق والتوتر وعدم الرضا عـــن وضعها، مما ينعكس بالقطع علي علاقتها بالزوج من حيث توتر العلاقة بينهما، وقد تدفع الزوج إلي الطرق غـــير المشـــروعة لإرضائها .. كذلك توجد بعض الزوجات من تلجأ إلي أنفاق كل مالديها في أحد الجوانب، دون قدرة علي الضبط والتخطيط لبقية الجوانب الأخرى، مما يدفعها بعد ذلك للاستدانة والاقتراض، مع كل ما يترتب علي ذلك من مشاعر القلق وعدم الاستقرار، كذلك توجد الزوجة البخيلة شديدة الحرص علي عدم الإنفـــاق تحـــت دعوي التدبير والتوفير، هناك بعض الزوجات من تدفع زوجـــها للحصول علي المادة بطرق غير مشروعة لتلبية رغبتها، ممـــا يعود بأسوأ العواقب عليهما معاً فيما بعد، بعض الزوجات تـــهتم بالجوانب المادية المرتبطة بالوجاهة الاجتماعية فقط مع إهمـــال بقية جوانب الحياة الضروريـــة .. أن هـــذه النمـــاذج العديـــدة والمتنوعة وغيرها الكثير في حاجة إلي إرشاد زواجي، يوضح لكلا الطرفين أهمية التفكير العقلاني فـــي اطـــار المتـــاح مـــن

الجوانب المادية الاقتصادية، بحيث لايدفع طرف الطرف الآخر إلي الإخلال بالوحدة المشتركة لهما .. وأن يكون لكلا الطرفين القدرة علي التعقل والاتزان وعدم التسرع وتحمل المسئولية والتقدير الدقيق للأمور، والسعي معاً لتحسين الأوضاع المادية والارتقاء بها في ظل الأطر والمحكات المتعارف عليها مجتمعياً..

رابعاً : إذا كانت الجوانب العاطفية والجنسية والمادية تلعب دورا كبيراً في التأثير علي التوافق الزواجي بشقيه الإيجابي والسلبي، فإن الجوانب الثقافية لكلا الزوجين إنما تمارس تأثيراتها أيضاً علي هذا التوافق.

الفصل الثامن

الصحة النفسية للأطفال



الفصل الثامن

الصحة النفسية للأطفال

أولاً : القلق لدي الأطفال

كثيراً مايلحظ الأهل وجود بعض الأعراض المرضية علي أطفالهم مثل شرود الذهن "السرحان" والتوجس والتوتر الدائم، ترقب وقوع الأخطار والأحداث المؤلمة له ولغيره، العزوف عن الطعام، تقطع فترات النوم، كثرة البكاء، الإحساس الدائم بالكرب، التشبث بالأم، الخوف من الغرباء، العزوف عن الألعاب الجماعية، تأخر نمو ادراكات الطفل وقدرته علي التفكير، الفزع الليلي، الأحلام المزعجة، صعوبة التركيز برغم كفاءته العقلية، ينتابه العديد من الاضطرابات النفسجسمية "صداع / قيئ/ إسهال/ مغص .. الخ).. إن هذه الأعراض وغيرها الكثير إنما تشير إلي وجود قلق لدي الطفل .. وإن كانت صورته الإكلينيكية قد تختلف من طفل لآخر باختلاف مرحلته العمرية وباختلاف أسلوب الرعاية الوالدية .. وينبغي التنويه إلي أن حالات القلق لدي الطفل إما تكون رد فعل لمثيرات ضاغطة موقفية، يستجيب لها الطفل بهذه الأعراض أو بعضها، وهذا مايطلق عليه القلق الموضوعي، حيث تزول الأعراض بمجرد الإقلال من حدة الضغوط، أو إشباع الرغبات ، أو أبعاد التهديدات ، فالقلق هنا يرتبط بفعاليات الموقف المثير الباعث له .. فالطفل الصغير الذي ينخرط في نوبه بكاء شديد نتيجة لإهمال الأم في تغذيته أو نظافته، سرعان ما يعود إلي الهدوء والسكينه عقب الوفاء بهذه المتطلبات، فإذا ما

أستمرت أعراض القلق في غياب المثيرات الظاهرة المرتبطة بها حينئـــذ نصبح بازاء النوع الثاني من القلق "قلق مرضي" والذي يعرقل نمو الطفـل النفسي والانفعالي والاجتماعي، ويتطلب سرعة التدخل العلاجي ونظـــرا لغلبة الجوانب التخيلية علي الطفل، وعدم قدرته علي إدراك الحدود الفارقة بين المحددات الواقعية والمحددات التخيلية، فإن القلق المرتبط بالأخطـــار التخيلية يعد من أكثر أنواع القلق شيوعا لدي الأطفال، فالطفل قد يتوتـــر وينتابه الخوف لأن حيوانا "متخيلا " يمكن أن يلتهمـــه أو يعضـــه، أو أن عفريتا سيصيبه بالأذى في حال دخوله للنوم بمفرده في غرفة مظلمـة ، أو أن السماء قد تمطر فيقع غريقا في الماء، فالطفل – كما أسلفنا – لايستطيع إدراك الفرق بين الفعل الحقيقي الواقعي والفعل المتخيل، ويتعامل معـــهما من منظور إدراكي واحد، وكثيرا مانجد هذه الخاصية لدي الأطفال أثنـــاء قيامهم باللعب، حيث تتحدث الطفلة الصغيرة مع دميتـــها كأنـــها رفيقـــة وصديقة تلعب معها وتبتعد عنها وتضربها "إضفاء صفـــه الآنســـة علـــي الجمادات" .. وجانبا من هذه التخيلات يبدأ من محددات فعلية في عـــالم الواقع.. فالطفل الذي يحكي له أبواه قصص عن الشياطين قبـــل دخولـــه للنوم، سوف يقوم بدوره بتطوير تلك الصورة الخيالية، لكي يضفي عليـــها من عندياته ملامح أخري جديدة، مستخدما في ذلك العديد من ميكانيزمـات الدفاع مثل النقل والإزاحة والإسقاط والتكوينات العكسية والتوحدات .. الخ لذا فعلاج القلق التخيلي يتطلب إجرائيا الوقوف علـــي تلـك المحـــددات الواقعية التي أدت بدورها لتنشيط مثل هذا النوع من القلق، والقلق ســـواء كان متخيلا أو موضوعيا يثير مشاعر سلبيه لدي الطفـــل مثـــل مشـــاعر

الكرب أو الهرب المستمر من مواجهة المواقف الضاغطة، أو من خلال القيام ببعض الطقوس الوسواسية، أو عدم القدرة علي الثبات "الفرط الحركي" .. هذا فضلاً عن العديد من المظاهر الفسيولوجية الأخري من قبيل ارتعاش الأطراف، واتساع حدقة العين، وزيادة ضربات القلب، وصعوبة التنفس والاضطرابات المعدية المعوية، واحمرار الوجه، والطفل الذي يعاني من القلق من السهل استثارة مشاعر الخوف لديه ، فأدنى تهديد له بالعقاب قد يثير كافة أعراض القلق، وقد يري الكبار أن تهديدهم الفعلي للطفل لم يصل إلي درجة الشدة أو القوة التي تؤدي إلي ظهور أعراض القلق بهذه الكيفية، غير مدركين أن الطفل القلق دائماً مايكون في وضع الترقب للتهديدات – حتي لو كانت طفيفه – بوصفها مهددة لذاته، ومن ثم التفكير في كيفية مواجهتها.. ولعل ذلك يفسر لنا السبب في أن بعض استجابات الطفل الانفعالية قد لاتتناسب مع شدة المثيرات المعروضة عليه "الانفجارات الانفعالية " فالقلق داخل الطفل وليس خارجه فقط، فالطفل ينتقي من موضوعات العالم الخارجي ورموزه كل ما من شأنه أن يثير توتره ، لأنه دائم التفكير فيها وفي كيفية الهروب منها أو مواجهتها، خاصة إذا كانت لديه مشاعر الذنب والإثم تجاه هذه المواقف "ألفاظ، رموز، إيماءات، صور، سلوكيات، فالطفل الذي يحمل بداخله مشاعر الذنب علي رغباته العدوانية تجاه الأب، غالباً مايطور صور اكلينيكية من القلق تدور حول فقد الأب وتعرضه للانفصال أو الموت، الأمر الذي يجعله في حالة من المشاعر السوداوية، أو يبدأ في تطوير مشاعر القلق

المرتد إلي ذاته "السلبية، الإحساس بعدم الثقة، تشويه صورة الذات، انخفاض في تقدير الذات .. الخ").

ونظراً كذلك لانشغال الطفل بذاته، فإن دائرة علاقاته الاجتماعية تبدأ في الاضطراب، خاصة أن الدخول في علاقات تفاعلية إيجابية مع الآخرين تتطلب مراعاة الآخر ومواقفه وهو مايتعارض مع فكرة التمركز حول الذات، والإحساس المستمر بترقب الأخطار والتهديدات، الأمر الذي يجعل الطفل في النهاية بعيداً عن دائرة الأقران، من حيث ابتعادهم عنه ونفورهم منه، لذا فهو من هذه الوجهة غير فعال اجتماعياً فالطفل ذو القلق المرتفع لايميل إلي التعبير بحرية عن نفسه مع الآخرين، تجنباً للمواقف الضاغطة التي قد يمارسونها ضده، مما يجعله أكثر جموداً، مع غلبه التفكير الأحادي عليه.

أسباب القلق :

١ - إن عدم الاتساق الوالدي في أساليب التعامل مع الطفل، يعد أحد الأسباب وراء ظهور القلق لدي الطفل، فمن خلال التعلم الاجتماعي Social – Learning يكتسب الطفل كيفية الاستجابة للمثيرات الخارجية، "الطاعة /التمرد/ العنف/ الهروب/ التذبذب/ الإهمال .. الخ) وكلما كان الأسلوب الوالدي متسماً بالثبات وعدم التقلب، كلما كانت استجابة الطفل محدده إلي حد ما – بغض النظر عن نوعيتها – بحيث يمكن التكهن بها، وتوقع رد فعله إزاء مايقابله من مثيرات وفقاً لهذا الأسلوب الوالدي أو ذاك .. ولكن

كثيرا مايحدث تباين في أساليب التعامل الوالدي مع الطفل، بحيث ينتاب الطفل القلق لعدم وضوح الملامح المميزة للفعل ورد الفعل من القائمين علي تنشئته، فقد يلجأ الأب إلي اسلوب التسامح الشديد إزاء اتساخ ملابس الطفل، وقد يلجأ نفس الأب إلي أسلوب القسوة والشدة في مواجهة نفس السلوك، وقد يميل في موقف ثالث إلي أسلوب الأهمال واللامبالاه تجاه نفس السلوك، إن هذه التباينات التي تتسم بعدم الثبات والتحديد، قد تخلق لدي الطفل إحساس عام بالتوتر، وعدم القدرة علي الاستجابة المحددة، مما يجعله عرضه للقلق، فالتباين في أسلوب التعامل مع الطفل يجعله غير قادر علي فهم أي من هذه الأساليب يمكن أن يفضي إلي الاستجابة المرغوبة، و/ . من الإشارة هنا إلي أن معظم الكبار ليست لديهم القدرة علي الضبط والاتزان الانفعالي في التعامل مع أطفالهم .. فهم يتعاملون وفقا لظروفهم الموقفية وحالاتهم المزاجية .. بغض النظر عن الطبيعة النوعية لسلوكيات الطفل، فهذا التذبذب – كما أسلفنا – يجعل الطفل غير قادر علي التكهن بردود فعل الآخر، مما يزيد من حدة مشاعر القلق والتوجس لديه، الأمر الذي يجعلنا نؤكد أن الأطفال الذين لديهم استعدادا مرتفعا للقلق، عادة مايظهرون مستوي مرتفع من القلق بشكل كبير في حال عدم ثبات أساليب التعامل معهم من خلال الكبار (الآباء – الأمهات – المعلمون ..).

٢ – أن بعض الآباء والأمهات ذوات النزعة الوسواسية والكمالية الزائدة قد يتوقعون من الطفل مستوي معين من الأداء، والذي غالبا

مايكون بعيداً عن قدرات الطفل واستعداداته الحقيقية، الأمر الـــذي يجعله في حاله من القلق لعدم قدرته علي إرضاء الكبار وتحقيـــق توقعاتهم بشأن سلوكه، فالأب الذي يصر علي العقـــاب المســـتمر للطفل ذو النشاط الزائد "الفرط الحركي" لكي يصبح هادئاً ولايبرح المكان الذي يجلس فيه، إنما يسهم بشكل غير مباشر في خلق حالة من القلق لدي الطفل، قد تنسحب بدورها إلي مواقف أخري بديلـــة، فالنزعة إلي الكمال والإجادة التامة من قبل الكبار قد تتعارض مـــع خصائص الأطفال "البدنيـــة/ الانفعاليـــة/ النفســـية) .. فارتفـــاع مستـــوي المعايير والتوقعات بالنسبة للطفل قد يسهم في تطويـــــر حالات القلق.

٣ – يميل بعض الكبار في تعاملهم مع الأطفال إلي أسلوب النقد المستمر لهم، إلي الحد الذي يشعر معه الطفل بفقد الثقة في ذاتـــه وعـــدم قدرته علي الحكم الصحيح، مما يجعله في حاله من القلـــق بشـــأن أفعاله وتصرفاته وأفكاره، وهل ســـتنال الرضـــا مـــن الآخـــر أم ستخضع بدورها للنقد والانتقاص، أن هذا القلق قد يظهر إكلينيكيـــا فيما بعد في صورة الإحجام عن المشاركات اللفظية مع الآخـــر، أو الخجل الاجتماعي، خوفاً من الانتقاد والانتقاص من الذات، وينبغي الإشارة في هذا الصدد إلي أن أسلوب النقد أحد الأساليب الإيجابيـــة في التعامل مع الطفل، إذا استدعت الظروف الموقفيـــة الاعتمـــاد عليه كوسيلة لتصحيح مفاهيم الطفل والارتقاء بأفكاره وانفعالاتـــه بالشكل الصحيح شريطة أن يكون هادفاً، ومحققاً للهدف الـــتربوي

أما الاعتماد علي النقد بصورة مستمرة ومبالغ فيها، فهذا أمر قد يجعل الطفل أقرب إلي الإحساس بالعجز والنقص منه إلي الإحساس بالثقة بالنفس، فالنقد المصحوب بتوضيح الأسباب مع دعوة الطفل للمشاركة والحوار بشأن موضوعات النقد، قد يسهم في تطوير إحساس الطفل بذاته، ومن ثم الإقلال من حدة القلق عنده ولنضرب مثالاً توضيحياً في هذا الصدد.

(أ) الأب الأول – أنت كثير الحركة .. ويجب أن تكف عن هذا .. لأنك ولد سيئ

(ب) الأب الثاني : أنت كثير الحركة .ز وهذا يجعلك لاتستطيع التركيز في موضوعات مهمة بالنسبة لك .. مثل المذاكرة .. والحديث مع الناس .. والحركة الكثيرة ستؤثر علي مذكراتك وحديثك مع الناس، لو بقيت أكثر هدوء .. تركيزك وانتباهك هيكون أفضل وممكن تجرب الموضوع ده.

فالنموذج الأول أعتمد علي النقد غير المصحوب برؤية واضحة تبرره ... وهذا النوع قد يؤدي إلي تطوير مشاعر القلق لدي الطفل، فكلما أقبل الطفل علي الحركة، كلما توقع النقد مع كل مايصاحبه من مشاعر الكدر والحزن .. أما النموذج الثاني فقد اعتمد علي مشاركة الطفل في صنع التوقعات وليس مجرد تنفيذها فقط، ومن ثم الاقلال من حدة القلق.

٤ – إن البناء القيمي والاخلاقي للطفل يعتمد في مرحلة التنشئة الأسرية علي مجموعة من المعايير والمحكات الاجتماعية، وفي حال انتهاج الكبار لأسلوب الإهمال واللامبالاة في التعامل مع الطفل حينئذ يشعر الطفل بعدم الأمان ومن ثم التخبط السلوكي بين المعايير المتعددة، ونظراً لخبرة الطفل المحدودة من حيث قلة تفاعلاته الإنسانية ، فغالباً مايكون اختياره لإحد هذه المعايير مصحوباً بحالة من القلق، وذلك لأنه لايعرف حينئذ إذا ما كانت تفعيلاته ستلقي القبول والترحيب أم الصد والنفور .. وبين هذا وذاك تداهمه مشاعر القلق.

٥ – إن الثقة الزائدة في الطفل وتكليفه بمهام أكثر من طاقاته وقدراته، بحيث لايستطيع الوفاء بها قد يعجل بظهور مشاعر القلق لديه ، فبعض الكبار يتعاملون مع الطفل كأنه ناضج ولديه القدرة علي حفظ الأسرار، والتصرف بحكمه الكبار في المواقف الضاغطة، ومن ثم يلقون عليه أدوار كبيرة ويطالبونه بالقيام بها ويطلبون منه ممارسة بعض السلوكيات التي لاتتلائم غالباً مع مرحلته العمرية، مما يجعله مثقلاً بالأعباء والضغوط التي تسبب له القلق والتوتر ، نظراً لفشله في إرضاء توقعات الآخرين فيه، وكثيراً ما نجد هذا الوضع في الأسر المفككة أو المنفصلة، حيث يلجأ الأب أو الأم إلي التعامل مع الطفل بوصفه راشداً من حيث الشكوي، إليه وإفضاء الأسرار الخاصة به للطفل، ودعوته للقيام ببعض تصرفات الكبار،

أن هذه التكليفات والأوامر، قد تعجل بظهور مشاعر القلق والتوتـــر لدي الطفل.

أنواع القلق :

أولا : يمكن تقسيم القلق إلي نوعين وفقا لدرجة إعاقة أهداف الطفل.

أ – القلق الموضوعي.

ب – القلق المرضي.

فالنوع الأول من القلق يعد بمثابة الدافع وراء كافـــة عمليـــات التفعيـــل والإنجاز السلوكي والعقلي والحركي للطفل، وبدون هذا النوع مـــن القلق يتحول الطفل إلي طاقة خاملة، غير قادرة علي الفعل، وعـــادة ما ينشأ هذا القلق كرد فعل لبعض الأحداث والمثـــيرات المعلومـــة، والتي غالبا ماتنتهي بنهاية المواقف المسببة لها ، حفظـــا للتـــوازن وخفضا للتوتر .. أما القلق المرضي فهو حالة من التوتـــر الدائـــم والترقب المستمر لوقوع المخاطر .. دون وجود أســـباب معلومـــة يمكن تحديدها والتعامل معها بشكل مباشر. وهذا النوع من القلـــق يعد معرقلا للعديد من مسارات النمو الأخرى.

أ – فالطفل ذو القلق المرضي غالبا مايدفعه انشغاله الداخلي إلي استثمار معظم طاقاته العقلية في كيفية مواجهة الأخطار والـــهروب منـــها، الأمر الذي لايتيح له استثمارها بالشكل الأمثل في عمليات التحصيل الدراسي القائمة علي التركيز والانتباه وعدم التشتت لـــذا فـــهؤلاء الأطفال أكثر عرضة للفشل الدراسي ليس بســـبب القصـــور فـــي

قدراتهم العقلية، بقدر ماهو قصور في كيفية استخدام هذه القـــدرات وظيفيا.

ب – الطفل ذو القلق المرضي غالبـــا مالايســتطيع تنظيــم أفكـــاره أو عرضها بشكل مرتب، وعلي الرغم أن هذا العرض قد يكون راجعا إلي إضطراب في بعض الوظائف العقلية، إلا أنـــه علـــي الجـــانب الآخر قد يكون نتيجة للقلق الذي يداهم الطفل، ولايترك له فرصـــة التسلسل والتفكير المنظم.

جـــ – الطفل ذو القلق المرتفع قـــد تتعـــدد لديـــه مظـــاهر الأعـــراض السيكوسوماتية، نتيجة لكثرة التعرض للمواقف الضاغطة التي تثـــير بدورها بعض التغيرات البيوكيمائية في الجسم.

د – الطفل ذو القلق المرتفع لايستطيع إقامة علاقات إجتماعية مشبعة مع الاقران، أو الدخول معهم في علاقات تعاونية، لأن القلق لديه يجعله دائم التمركز حول الذات وحمايتها من الأخطار التي تهددها، ممـــا لايتيح له فرصة التفاعل الجيد مع الأقـــران .. ومـــن ثـــم ظـــهور أعراض مثل العزلة والسلبية وعدم الجرأة.

ثانيا : يمكن تصنيف القلق وفقا للمرحلة العمرية التي يجتازها الطفـــل، فإذا سلمنا بأن لكل مرحلة خصائصها المميزة لها، لأدركنـــا علـــي الجانب الآخر أن الصورة الإكلينيكية للقلق قد تتبـــاين وفقـــا لـــهذه الاختلافات في المراحل العمرية، ففي العام الأول من العمر عادة ما يتركز القلق لدي الطفل في الموضوعات التي تحول دون إشـــباعه

وقضاء حاجاته الأولية "البيولوجية" فالطفل الذي تهمل الأم رضاعته وتغذيته والاعتناء بصحته، كثيرا ماينتابه القلق "الانزعاج" ويظهر ذلك في صورة بكاء مستمر، وقد تظهر عليه بعض الاضطرابات البدنية مثل الاضطرابات المعدية قئ - إسهال - مغص " وغالبا ماتزول تلك الاضطرابات العضوية بمجرد إزالة أسباب الانزعاج ومواجهتها بشكل مريح، إلا أن بعض الأطفال قد يطورون هذه الأعراض، وتظل ملازمة لهم حتي في حال قيام الكبار بمحاولات التخفيف من أسبابها .. الأمر الذي قد يصيب الكبار أنفسهم بالقلق أثناء التعامل مع الطفل، فنجد الأم شديدة التوتر في التعامل مع طفلها الذي يرفض الغذاء، ويرفض الدخول في النوم، ولايكف عن الصراخ والبكاء الشديد، ومثل هذا الاتجاه من الأم قد يزيد بدوره من حدة القلق لدي الطفل .. وبتقدم الطفل في النمو واقترابه من النصف الثاني من العام الأول يبدأ القلق في اتخاذ صورة أخري من التطور، فالطفل حينئذ يكون علي دراية بالأشخاص المحيطين به دوما في إطار أسرته، باعتبارهم وجوه مألوفة لديه "الأب / الأم / الأخوة). وتعد الأم أكثر هذه النماذج من حيث ألفه الطفل بها والتصاقه واقترابه منها .. الأمر الذي يجعله يشعر بالهلع والفزع الشديد في حال اقتراب أحد الغرباء منه ومحاولة الإمساك به (الخوف من الغرباء) .. فارتباط الطفل بأمه خوفا من الغرباء قد يكون أحد الآليات الطبيعية، تحقيقا للأهداف التكيفية، إلا أن مبالغة الطفل في هذا الخوف قد تعرقل إستقلاليته وتحول دون بناء ملامح

ذاته بالشكل الذي يجعلها مستقلة نسبيا بالمقارنة بـــذوات الآخريـــن.
ويمكن تلمس بعض الصور للخوف من الغرباء في عدم قدرة الطفل علي التعامل فيما بعد مع الأفراد غـــير المـــألوفين لديـــه، وتوقـــع المخاطر منهم .. وعدم القدرة علي الدخول معهم في مناقشـــــات أو التعبير لهم عن أفكاره ومشاعره ، ومع دخول الطفل العـــام الثـــاني والثالث من العمر يبدأ القلق إكلينيكيا في اتخاذ صورة متعددة مثـــل القلق من الانفصال، والقلق من فقد موضوع الحب .. ويمكن تلمـــس قلق الانفصال في خوف الطفل الشديد من ترك الأم (المـــــنزل) .. والبقاء بمفرده بعيدا عنها، واللافت للنظر أن هذه الأعـــراض قـــد تستمر حتي مرحلة المراهقة، وإن اختلفت مظاهر الأعراض الدالـــه عليها، فالطفل يتوتر من فكرة السفر بمفرده في رحلـــة قصـــيرة أو طويلة ، ولايستطيع تحمل فكرة المبيت خارج المنزل، ويتنابه القلـق من الأماكن غير المألوفة لديه .. بل قد يجد صعوبة في حال تواجده بمفرده في مكان ما .. وقد يرجع ذلك القلق إلي شعور الطفل بـــأن وجوده بعيدا عن وحدة الأم قد يصيبها بالأذى أو قد يلحق بها مكروه ما .. أو القلق من حدوث مخاطر له شخصيا في حال ابتعاده عنـــها .. وبمرور الوقت يبدأ الطفل في تطوير هـــذه المشـــاعر وربطـــها بموضوعات خارجية مثل الخوف من الحيوانات والشوارع. والظلام .. وكلها موضوعات تشير إلي رغبته في التماس الأمان في ظـــل الالتصاق بموضوع الحب وعدم الابتعاد عنه .. ومع دخول الطفـــل السنة الثالثة يبدأ القلق يدور حول الاختلافات الجنسية للطفل وميلـــه

نحو الوالد المغاير لجنسه، فاكتشاف الطفل للفروق التشريحية بينه وبين الجنس الآخر، قد يصيبه بالقلق، ويدفعه للشعور بالذنب، نتيجة للرغبات المحارمية في الاستحواذ علي الوالد المغاير لجنسه، فالطفل الذكر يشعر بالذنب من جراء التفكير في موضوع الحب (الأب) ورغبته في إقصاء الأب عن طريقه، حينئذ يشعر بالخوف من قيام الأب بعقابه وقطع ذلك العضو الثمين من أناه "قلق الخصاء" ويزداد الأمر صعوبة إذا كان الوالد بالفعل دائم التهديد له بعملية القطع، حينئذ قد يجد الطفل نفسه مدفوعا لواحد من سبيلين للتخفيف من حدة القلق، إما التوحد بالنموذج الذكري (الأب) مع كبت مشاعر العداء تجاهه، وكذلك مشاعر الحب تجاه الأم، إما التوحد بالنموذج الأنثوي (الأم) ... مع كل ما يستتبع ذلك أيضا من ميكانيزمات وأعراض ولا توافقية.

المخاوف لدي الأطفال

تكثر المخاوف بشكل ملحوظ لدي الأطفال خاصة فيما بين سن الثالثة والسادسة .. وذلك نظرا لزيادة حدة التخييلات لديهم في هذه الأعمار ... وعدم قدرتهم علي التفرقة بكفاءة بين المحددات الموضوعية الباعثة علي الخوف وبين تخييلاتهم الذاتية التي يضفونها علي المثيرات الخارجية .. فقد يهاب الطفل مثلا من العصا باعتبارها ثعبان يمكن أن يؤذيه، أو قد يهاب الجلوس بمفرده بعيدا عن الأم ، لأن شبحا أو عفريتا قد يأكله أو يقتله .. والخوف حاله من الإحساس الانفعالي غير السار، تجعل الفرد في حالة دائمة من التوقع بالتهديد والأذى .. مما يؤثر علي

توافقه النفسي والاجتماعي بشكل ملحوظ، ولابد من التفرقة بين مخاوف طبيعية وأخري مرضية، فالمخاوف الطبيعية عادة ما تنطوي علي مثيرات تتضمن في طبيعتها النوعية بعض المخاطر الحقيقية، فالطفل الذي يخاف من الثعبان، له مايبرره علي المستوي الواقعي، نظرا للضرر البالغ الذي يمكن أن يتعرض له من جراء الإمساك به .. والطفل الذي يخاف السنة النيران ولايقترب منها .. له مايبرره من حيث ابتعاده عن مصدر للخطر يمكن أن يؤذيه ، وهذا الخوف الطبيعي يعد دافعا للحفاظ علي حياة الفرد وتأمينها ضد المخاطر، وهو من هذه الوجهة يعد دافعا سويا لاستكمال مسيرة الحياة بسلام .. والدليل علي ذلك أن الطفل الصغير الذي يرتعد من الأصوات المزعجة ويستجيب لهذا المثير بالبكاء الشديد، أو يهاب التأرجح الشديد أو فقدان الاتزان، إنما يستجيب لهذه المثيرات استجابة خوف طبيعية، أما المخاوف المرضية فهي علي العكس من ذلك، حيث لاينطوي المثير الباعث علي الخوف في حد ذاته علي أية محددات حقيقية للخوف، فالطفل ذو العاشرة من العمر عندما يخاف من الظلام، ولايقوي علي النوم في غرفة مظلمة، حينئذ نقول أن الطفل يستجيب لمثير الظلام باستجابة غير متوقعة وغير منطقية .. خاصة في ظل اقتراب أناه من النضج وقدرته علي الإدراك الجيد والحكم الصحيح، من هذا المنطلق يمكن وصف الخوف المرضي لدي الأطفال بأنه خوف لايتناسب كاستجابة انفعالية مع المثيرات الباعثة عليه، فضلا عن انتفاء التفسيرات المنطقية التي تجعله يهاب هذه المثيرات ولايقترب منها .. كذلك فإن الخوف المرضي قد يغاير الخوف

الطبيعي من حيث قدرة الطفل في التحكم أو الفشل في تعبيراته الانفعالية في الحالتين، حيث لايستطيع الطفل الذي يعاني من المخاوف التحكم في مشاعره الإنفعالية، حيث يتحكم فيها الجانب اللاإرادي، كذلك مايميز الخوف المرضي هو رد الفعل الاستجابي من جانب الطفل والذي عادة ما يتسم إما بالهروب من مواجهة الأخطار المتخيلة أو محاولة تجنبها قدر الإمكان .. وتتباين المخاوف لدي الأطفال من حيث النوع والشدة .. فالخوف من بعض المحددات الخارجية قد يرتبط لدي الأطفال بوجود مثيرات نوعية، قد سبق للطفل أن عايشها أو خبرها من قبل .. فالطفل الذي يهاب المياه قد يختلف عن الطفل الذي يهاب الجروح والإصابات، فكل منهما سبق له التعرض لبعض المثيرات التي أدت بدورها إلي تطوير هذه النوعية أو تلك من المخاوف، ولاينبغي الوقوف عند حد تحديد نوع واحد من المخاوف قد ينتاب الطفل، ولكن يمكن أن نتوقع تعدديتها، وفقا لعمليات التعميم والنقل والإزاحة .. فالطفل الذي يخاف من السيارات، قد يمتد خوفه إلي كل ما من شأنه أن يصدر أصوات وحركات مماثلة .. مثل الخوف من السفن والبواخر والطائرات.. الخ.

والطفل الذي يخاف والده، قد ينقل هذا الخوف إلي كل ما من شأنه أن يتسم بالقوة والقسوة، مثل الخوف من رموز السلطة، أو بعض الحيوانات كبيرة الحجم .. علاوة علي ماسبق فإن نوعية الخوف فضلا عن ارتباطها بظروف ومحددات واقعية في حياة الطفل ومن ثم زيادتها بعناصر التخييل الداخلية للطفل، فإن نوعية الخوف كذلك ترتبط ليس

بالأحداث المحيطة بالطفل فقط ، وإنما كذلك بالفئة العمرية التي يجتازها الطفل، بما تنطوي عليه هذه الفئات العمرية من تطور ونمو في كافة الخصائص العقلية والانفعالية والاجتماعية والحركية، فالمخاوف لدي طفل ماقبل المدرسة قد تختلف في نوعيتها عن مخاوف أطفال المرحلة المتأخرة أو المراهقة فإذا كان طفل العام الواحد قد يخاف من الانفصال عن الأم ، ويهاب الغرباء، فإن مخاوف طفل الثالثة قد تدور حول موضوع الحب أو فقد جزء من أعضاء الجسم "الخوف من الخصاء مثلا " .. علي حين تتبلور مخاوف مرحلة الرشد في الخوف من المستقبل وكل ما من شأنه أن يتصل بالمحددات الواقعية الاجتماعية مثل الخوف من الفشل وقلق الموت .. الخ .. وعلي الرغم من الاتفاق علي أن المرحلة العمرية للطفل قد تحدد نسبيا نوعية معينة من المخاوف، إلا أن عمليات الارتداد "النكوص" والديناميات النفسية الداخلية للطفل ، قد تدفعه لتطوير بعض نوعيات من المخاوف التي لاتتصل بشكل مباشر بالمرحلة العمرية التي يجتازها، والدليل علي ذلك أن بعض المراهقين قد يداهمهم الخوف من الانفصال عن الأسرة ويظهرون صورا إكلينيكية عديدة في هذا الصدد، مثل عدم الرغبة في المبيت خارج المنزل، أو عدم الموافقة علي الرحلات الطويلة بعيدا عن المنزل، أو عدم قدرتهم علي البقاء بمفردهم فترة طويلة .. فعلي الرغم أن الخوف من الانفصال قد يميز أطفال الطفولة الباكرة، إلا أن مظاهرة مازالت ملازمة للفرد المراهق، وإن اختلفت مظاهر الاستجابة الداله علي الخوف باختلاف خصائص المرحلة العمرية "بكاء شديد في الطفولة المتأخرة – بعض السلوكيات

الاجتماعية في مرحلة المراهقة" .. نخلص مما سبق أن نوعية المخاوف لدي الأطفال إنما تعتمد علي محددين:

أ – الظروف والأحداث التي واجهت الطفل وأدت بدورها إلي تطوير نوعية من المخاوف بغض النظر عن التخييلات الملقاه علي تلك الأحداث والظروف.

ب – طبيعة المرحلة العمرية للطفل، بما تفرضه علي الطفل من اللجوء إلي أنواع بعينها من المخاوف، تتناسب مع خصائصه العمرية.

أما عن شدة المخاوف، فالاستجابة الانفعالية السوية لابد أن تتناسب كميا مع شدة المثير الدافع لها ، لذا فانفعال الطفل المبالغ فيه إزاء مثير لايستدعي كل هذا الكم من الاستجابة، إنما يعد استجابة مرضية من هذا المنطلق فالمخاوف المرضية لدي الأطفال، عبارة عن استجابات انفعالية تتسم بالحدة والشدة إزاء موضوعات لاتحمل في طبيعتها هذا الكم من الخوف، وبقدر الشدة الانفعالية بقدر عدم قدرة الطفل علي التوافق النفسي والاجتماعي السوي .. فالطفل الذي يهاب بعض الحيوانات خارج حدود المنزل، سيظل في حالة من الأمن والاستقرار الداخلي، مالم يتعرض لهذا المثير، وذلك سيختلف بالقطع عن طفل آخر يتواجد بصفة مستمرة بجانب أو في مواجهة المثير الباعث علي الخوف .. فالطفل الثاني ستكون استجاباته الانفعالية أشد وطأة من الآخر، ونظر لافتقاد الأطفال الصغار للقدرة علي التعبير اللفظي عما يداهمهم من مشاعر الخوف، وكذلك صعوبة تحديد موضوعات للخوف بعينها، فإنه يمكن الاعتماد علي

أحلامهم بما تتضمنه من موضوعات للخوف، أثناء نوبات الفزع الليلي والأحلام المزعجة، خاصة في ظل تكرارية هذه الموضوعات وشدتها الانفعالية، فالطفل الذي ينتابه الفزع الليلي من أن وحشا كاسرا يريد قتله أو محاولة النيل منه، قد يكون هذا الموضوع أحد محددات اهتمامه في حالة اليقظة سواء من خلال رؤيته لأحد أفلام الرعب، أو سماعة لأحد القصص الخرافية أو مشاهدته لأحد الصور في المجلات أو الكتب .. الخ .. فالموضوع هنا ويعد بمثابة رمز يخفي وراؤه موضوعات أصلية لم تظهر من خلال نص الحلم المفزع، فالوحش قد يعكس صورة الأب القاسي، دائم التهديد له بالعقاب، أو قد يعكس صورة المعلم العدواني الذي دائما مايحبطه ويقلل من شأنه .. لذا فالتعرف علي موضوعات الخوف لدي الطفل من خلال أحلامه، لاينبغي الوقوف عندها فقط عند حد محتواها الظاهر، لأن هذا المستوي غالبا مايعكس مستويات أخرى باطنه، وهنا لابد من التركيز علي مستوي الشدة في المخاوف، فبعض الأطفال يعانون من مخاوف بسيطة سرعان ما تنتهي دون أن يؤثر ذلك علي مستوي توافقهم العام، وكل ماينتابهم بعض حالات التوتر وعدم الاستقرار الانفعالي، علي حيث أن بعض الأطفال قد يطورون من مخاوفهم بشكل يقيد حريته في الحركة والتفاعل الاجتماعي، إلي الحد الذي يرفض فيه مغادرة المنزل أو الخروج بمفرده، حينئذ نصبح بازاء مخاوف مرضية معرقلة للتوافق الطبيعي للطفل، مما يعني إخضاع الطفل للفحص النفسي لمعرفة الأسباب النشوئية والتطورية لمخاوفه.

أسباب الفوبيا لدي الأطفال

١ - إن تعرض الطفل لأحد المواقف الصادمة قد يسبب له الخوف المرضي فيما بعد، فالطفل الذي يتعرض مثلا لعضه كلب أو هجومه عليه بشكل فجائي مثير، يمكن لهذا الموقف الصدمي أن يتطور فيما بعد في صورة الخوف من كل الحيوانات قريبة الشبهة بالكلب، وذلك عن طريق عمليات التعميم وعلي هذا المنوال يمكن أن يحدث التعميم من المواقف الصادمة إلي غيرها من المواقف المشابهه والقريبة منها، فالألم الذي يعانيه الطفل نتيجة إجراء عملية جراحية له في أحد المستشفيات قد يتم تعميمه فيما بعد علي كافة الرموز الخاصة بالعلاج " المستشفيات – الأطباء – الأدوية ... الخ) والطفل الذي يتعرض للحرق الفجائي قد يطور مخاوفه فيما بعد من كافة المواقف المنطوية علي رموز الحريق والنار والدخان .. الخ.

٢ - إن التعرض المستمر للأحداث والأخبار والأنباء التي تنطوي علي الكوارث والقتل والدمار، يمكن أن تسهم بدورها في تشكيل ملامح الخوف لدي الأطفال، فالعالم يصبح حينئذ رمزا للشر والأخطار، الأمر الذي يدفع بالطفل دائما إلي ترقب وقوع التهديدات، والخوف هنا يصبح عام في صورة قلق لايرتبط في الغالب بموضوعات محددة ومجسدة في صورة موضوعات.

٣ - إن الأساليب الوالدية القائمة علي استخدام العنف والقسوة مع الأطفال، قد تؤدي إلي تكوين المخاوف لدي الأطفال، لأن رغبة

الطفل في الانتقام من الكبار، قد تسبب له الشعور بالذنب وهو شعور سيئ لايمكن للطفل تحمله، الأمر الذي يدفعه إلي إسقاط غضبه علي الكبار، كوسيلة للتحرر من الشعور بالذنب، حينئذ تتحول الصيغة " أنا أكرهك وارغب في إيذائك" إلي " أنت تكرهني .. وترغب في إيذائي .. ومن ثم فإنني أخاف منك " ... وبمرور الوقت وباستخدام ميكانيزمات النقل والتعميم يبدأ الخوف في الانتقال إلي العديد من الموضوعات ذات الصلة بالمصادر الأصلية للتهديد سواء من حيث الوظيفة أو الرمز .. فالخوف من الوحوش والشياطين والأشباح قد تعني خوف من الأب.

٤ - قد يطور الأطفال بعض المخاوف حتى ينالوا بعض المكاسب الاجتماعية، بغرض التأثير علي الآخرين، فالطفل الذي يخاف من الظلام ولايرغب في الذهاب إلي نومه، تحت هذا المبرر، قد يرغب في البقاء بجانب الوالدين في غرفتهما .. والطفل الذي يخاف من المعلم في المدرسة، قد يطور أنواع من المخاوف من الأتوبيسات أو الذهاب بمفرده إلي المدرسة لتجنب المصدر الحقيقي للخوف.

٥ - إن الأطفال ذو الحساسية الزائدة، والذين لديهم تشويه في صورة الذات، الجبناء، عادة مايطورون أنواع من المخاوف، تتناسب وطبيعة سماتهم النفسية، هذا فضلا علي أن الاعتلالات البدنية والضعف الجسمي العام، قد يجعل الطفل أقل في المبادة والجرأة والإقدام وأكثر ميلا للسلبية والخنوع وعدم المواجهة.. وكلها

اعتبارات قد تسهم بدورها في تطوير أنواع مختلفة من المخاوف لدي الطفل.

٦ - إن اتجاه الوالدين إلي الكمالية الزائدة، ووضع الطفل في دائرة الأوامر والنواهي التي لايستطيع الطفل الوفاء بها بمتطلباتها نظرا لعدم أكتمال سماته وخصائصه ومهاراته، قد يسهم بشكل غير مباشر في تطوير المخاوف لديه، خاصة الخوف من الفشل، فالطفل يرغب في أن يحقق توقعات الكبار فيه، لكن خصائصه الذاتية قد تحول دون التحقيق الفعلي لهذه التوقعات، مما يجعله دائما في حالة من التوجس والخوف من مواجهة المواقف الخارجية، خاصة تلك المواقف التي تضعه في موقف الاختبار.

٧ - قد تتطور المخاوف لدي الأطفال عن طريق محاكاه الآخر، خاصة الكبار مثل الآباء والأمهات والأخوة والرفاق، فالأطفال قد يكتسبون المخاوف من خلال تقليدهم لآخرين، فالطفل الذي يعايش أجواء الخوف في الأسرة أكثر عرضة للمخاوف، فالأم التي تواجه الصرصار بالصراخ الشديد والهلع المبالغ فيه، قد تفسح الطريق لطفلها لكي يتمثل هذا الخوف بمشاعره ومصادره علي السواء .. الخ ومن ثم تعميمه فيما بعد علي العديد من الموضوعات البدلية الأخرى.

رغم تعدد الأطر النظرية سواء التشخيصية أو العلاجية التي تصدت لموضوع الفوبيا إلا أننا لانجد عناء الوقوف علي إطارين رئيسين في هذا المجال، وهما التيار التحليلي النفسي والتيار السلوكي، فرؤية كل

منهما لتشكيل وتكوين الأعراض تبدو غاية في التناقض، فالتحليل النفسي يري أن المخاوف سواء لدي الكبار أم الصغار علي السواء ماهي إلا اسقاطات وإزاحات لرغبات لاشعورية علي موضوعات خارجية، تلك الرغبات التي تثير بداخل الطفل قلقا داخليا لايقوي علي مواجهة مصادرة الحقيقة، حينئذ يتم البحث عن موضوعات بديلة تصبح بدورها مصدرا للخوف، فالقلق الخارجي يمكن إلي حد ما تجنبه والابتعاد عنه، علي حين صعوبة التحكم في القلق الداخلي، وعادة ما يظهر الرهاب لدي الطفل عندما تتشكل لديه ملامح الأنا، تلك الملامح التي تجعله قادرا علي استخدام الميكانيزمات الدفاعية العديدة، والتي تتوقف علي نمو قدرات الأنا الدفاعية، فكبت الصراع لايكفي للإقلال من حدة القلق، فيلجأ الطفل إلي النقل والإزاحة والاستبدال بأن يحول موضوعات الخوف الأصلية إلي موضوعات بديلة، فبدلا من الخوف من الأب، نجد الطفل وقد أزاح خوفه إلي حيوان ما ويري التيار التحليلي أن اختيار الموضوعات البديلة للخوف عادة ما ترتبط رمزيا بالموضوع الأصلي "الترميز" .. كذلك نجد ميكانيزم الإسقاط واضحا في المخاوف لدي الأطفال، فبدلا من شعور الطفل بأنه يريد الاعتداء علي أبيه، نجده وقد اسقط هذه المشاعر معتقدا أن أباه هو الذي يريد الاعتداء عليه، كذلك يظهر ميكانيزم الإنكار، فالإحساس بان الأب معتدي، قد لاتكون صيغة مقبولة لاشعوريا، حينئذ يتم إنكارها لاشعوريا بأن يؤكد الطفل لذاته أنه يحب أباه، مستخدما في ذلك أيضا ميكانيزم القلب للضد وأن موضوع الخوف أو العدوان هو الموضوع الخارجي وليس المصدر الرئيسي (الأب) فالأصل إذن في

المخاوف في نظرية التحليل النفسـي الصراعـات اللاشـعورية غـير المحلولة، الأمر الذي يتطلب ضرورة الوقوف علي أبعاد تلك الصراعات الدينامية، والتعرف علي مصادرها الأصلية، حتي يتسني التعامل معـها علاجيا، فالطفل الذي يخاف من الحصان " رمز الأب" .. قـد لايجـدي علاجه علي مجرد التركيز فقط علي إزالة العـرض، مـالم يتـم حـل الصراع مع الأب وهو المصدر الحقيقي للرهاب، وخوف الطفـل مـن الذهاب إلـي المدرسة قد يخفي وراؤه خوفا من انفصالـه عـن الأم وشعوره بالوحدة.

أما المدرسة السلوكية فهي تري أن أعـراض الرهـاب مـاهي إلا تشريطات خاطئة تم اكتسابها من خلال الربط بين مثيرات ما باعثه علي الخوف واستجابات الخوف نفسها، فالطفل الذي يتعرض لموقف صدمـي ما من أحد الحيوانات قد تظهر لديه استجابة الخوف، وبمـرور الوقـت تصبح رؤية ذلك الحيوان شرطا لظهور الاستجابة الرهابية التي أرتبطت بذلك المثير في بداية الأمر، وعن طريق التشابه بيـن المثـيرات فـي إطلاقها للاستجابه الشرطية، يمكن أن يحـدث التعميـم مـن المصـدر الأساسي للرهاب إلي كافة المثيرات المتشابهة والقريبة منه والمرتبطـة به، فالخوف من حيوان ما بعينه، قد يعمم إلي مجموعـة أخـري مـن الحيوانات ذات الصلة " النوع / الوظيفة .. فالمخاوف من وجهة النظـر السلوكية نوعا من التشريط السلبي، نتيجة وجود ارتباط بيـن مثـيرين أحدهما طبيعي والآخر شرطي، وبمرور الوقت ومن منطق الارتبـاط، يبدأ المثير الشرطي في اكتساب خصائص المثير الأصلي "الطبيعـي" ..

ومن ثم حدوث الاستجابات الشرطية، ليس هذا فحسب بـــل أن أنصـــار المدرسة السلوكية يرون أن الطفل يمكن ان يكتسب مخاوفه من خـــلال التعلم بالملاحظة Observational – Learening ، فالوالدان اللـــذان يستجيبان للمثيرات الخارجية بنوع من القلق والحذر المبـــالغ فيـــه، قـــد يسهمان في تعليم الأبن ذلك المستوي من القلق، وذلك عن طريق تعلـــم الطفل بالملاحظة لما يصدر منهما من سلوكيات وأفكار ومعتقدات..

الاكتئاب لدي الأطفال

أ – ميل الطفل إلي مشاعر الحزن ..

إن معظم الأطفال المكتئبين يخيم عليهم حالات انفعالية من الحـــزن وعدم السعادة، وتعوزهم روح الكفاهة ، ونادرا مايضحكون أسوة بغيرهم من الأطفال المماثلين لهم في العمر، ويتجلي ذلك إجرائيًا فـــي عـــزوف الطفل عن مصاحبه والديه خاصة في المناسبات التي تنطوي علي أفراح وذات طبيعة سارة وقد يفسر الطفل رفضـــه للمشـــاركات فـــي تلـــك المناسبات بمبررات قد تكون مقبولة – نسبيا – لدي الوالدين، من قبيـــل إرهاقه ورغبته في الراحة الجسدية، أو انشغاله بأداء بعـــض الأعمـــال المفيدة له ، أو رغبته في اللعب ببعض الألعاب الفردية الخاصة به، قـــد تكون تلك الأعذار مقبولة إذا كانت تتم بصفة استثنائية، لكن الإصـــرار عليها بصفة دائمة، قد يعكس في أحد المستويات بداية ظهور الاكتئـــاب لدي الطفل، الأمر الذي يستلزم عرضه للخدمة النفسية..

وينبغي الإشارة هنا إلي أن مشاعر الحزن إذا كانت مرتبطة ببعض المثيرات ذات الطبيعة النوعية الباعثة علي الحزن، فالاستجابة حينئذ تكون سوية، أما في حال استمرارية تلك المشاعر السوداوية برغم عدم وجود المثيرات الخارجية المرتبطة بها ، فضلا علي أن تلك المشاعر تؤدي إلي إعاقة توافقه الاجتماعي بشكل واضح .. فالأمر حينئذ يدخل في دائرة الاكتئاب ومن ثم ضرورة الفحص النفسي للتعرف علي المظاهر والأسباب النشوئية، ووضح الخطط الإرشادية أو التوجيهية أو العلاجية.

ب – ميل الطفل إلي التقلب الوجداني..

علاوة علي مشاعر الحزن والسوداوية التي تميز الطفل المكتئب، فإنه غالبا مايظهر التذبذب الوجداني فأحيانا تداهمه بعض مشاعر الانبساط ثم سرعان ما يتحول إلي النقيض، دون وجود مثيرات محددة تفسر بدورها هذا التقلب الوجداني، فالحساسية الزائدة لدي الطفل تدفعه للاستجابة بشكل انفعالي زائد تجاه المواقف الخارجية، فأدني توبيخ أو نقد يدفعه إلي نوبات من البكاء الشديد أو رفض الطعام، أو البقاء بمفرده منعزلا عن الآخرين.

جـ – الاعتماد علي الدعم الخارجي

نظرا لإحساس الطفل المكتئب بالعجز وعدم قدرته علي التفعيل الإيجابي، فهو دائم الاعتماد علي الدعم الخارجي من المُحيطين به خاصة الوالدان، ويزداد الأمر صعوبة إذا كان الوالدان من النوع الذي يغدق

الاهتمام ولايتيح للطفل هامش من الاستقلالية والانفصال عنهم، وبمرور الوقت تبدأ دائرة الاعتمادية المطلقة علي الوالدين، واعتبارهم النموذج الأساسي للدعم والتشبث الخارجي، مما يضعف أناه ويجعله غير قادر علي الدخول في علاقات اجتماعية مشبعة "جرأة/ إقدام/ مبادءه .. الخ).

د – الشعور بالذنب Guilt

إن الطفل المكتئب يتصرف مع الآخرين من منطق أن أفكاره سيئة وفاسدة، ومن ثم فهو في حالة من التأهب والترقب لمعاقبة الآخرين له علي تلك الأفكار، وبالتالي الدخول في دائرة الشعور بالذنب ويزداد هذا الشعور حدة إذا أظهر الكبار له نوع من التقبل القليل بالمقارنة بغيرة من المحيطين به، حينئذ يتأصل لديه الانطباع بأنه بالفعل سيئ ويستحق عقابهم .. حتي كلمات الإطراء والمديح قد لاتؤثر في مفهومه السلبي لذاته، وقد يأتي الشعور بالذنب نتيجة للحرمان المبكر وعدم إحساس الطفل بالأمان وبأنه غير مرغوب، فالذات تصبح حينئذ سيئة وغير محبوبة، مما يجعلها تقع في دائرة إدراكه بوصفها موضوعا يستحق العقاب والتأنيب وكافة أشكال الاحتقار والتشويه، بل وإزاء نفسه .

هـ – تحويل العدوان إلي الذات:

إن إحساس الطفل المكتئب بالذنب، قد يدفعه إلي تحويل طاقاته العدوانية إلي ذاته التي تستحق العقاب، ومن ثم إيذاء ذاته سواء بالتهديد أو التنفيذ الفعلي، وغالبا ما تظهر بعد السلوكيات التي تشير إلي العدوان المرتد إلي الذات في صورة خدش الطفل لنفسه أو الجرح أو العض أو

الصفع، وقد نري صورة هذا العدوان الارتدادي في بعض الاحيان في صورة القابلية للحوادث accident – prone

و – إثارة انتباه الآخر:

قد تكون استجابة الحزن لدي الطفل المكتئب أحد الميكانيزمات الرامية إلي إثارة انتباه الآخر للحصول علي تدعيمه وتعاطفه، فالطفل من هذا المنطلق قد يسعي إلي محاولة تحقيق هدفين مزدوجين في آن واحد، الحصول علي الحب من الآخر وفي نفس الوقت الانتقام منه، فالآخر سوف يشعر بالانزعاج لأن الطفل يؤذي نفسه (جانب العقاب للآخر) .. وسوف يشعر الآخر بالندم والأسي لأنه لم يفعل شيئا تجاهه (جانب الحب) .

من خلال ماسبق يمكن بلورة أعراض الاكتئاب لدي الطفل في الآتي:-

١ – إحساس الطفل بالقنوط والعجز لاعتماده علي الدعم الخارجي.

٢ – تعوزه روح الفكاهة والضحك.

٣ – الحديث بصوت خافت.

٤ – التذبذب الانفعالي والوجداني.

٥ – سرعة البكاء والتهيج.

٦ – الميل إلي العزلة والانطواء.

٧ – ظهور بعض الشكاوي الجسمية "الصداع، الآم المعدة، تصبب العرق)

٨ – فقد الاهتمام بالألعاب الجماعية مع تفضيل النشاطات الفردية.

٩ - تدهور المستوي الدراسي.

١٠ - من الصعب استثارة اهتمام الطفل.

١١ - الشعور بالنبذ والإهمال.

١٢ - الإقلال من قيمة الذات "تشويه صورة الذات"

١٣ - الميل إلي إيذاء الذات "عدوانية نحو الذات" .

١٤ - الشعور الدائم بالذنب (يستحق العقاب بسبب أفكاره السيئة)

ثانيا : الأسباب :

١ - قد يرجع الاكتئاب لدي الأطفال إلي بعض الاضطرابات الفسيولوجية، من قبيل نقص إفراز بعض الهرمونات الأمر الذي يتطلب في المقابل التأكد من هذا القصور قبل البدء في فعاليات الإرشاد والتوجيه والعلاج النفسي.

٢ - قد تؤدي الصراعات الأسرية المتكررة إلي مشاعر الاكتئاب لدي بعض الأطفال، خاصة من لديهم استعداد للحساسية "الزائدة، فالطفل يشعر بأنه مهمل من قبل الوالدين بحيث يصعب عليه الاتصال بهم ومحادثتهم والتفاعل معهم، مما يجعله يتمركز حول ذاته، والتي غالبا ما تكون مشوهه وناقصة، مما يمهد الطريق لكافة أساليب الانتقاص منها والإقلال من شأنها عن طريق الشعور بالذنب وارتداد العدوان للداخل.

٣ - إن المكتئبين من الآباء والأمهات قد يطورون بدورهم نماذج مكتئبه من الأطفال.. إما عن طريق الموروثات الجينية، أو عن

طريق محاكاه الأطفال لاستجاباتهم الاكتئابيه، فالطفل الـــذي يـــري أبواه دائمي الحزن والتشاؤم والميل إلي العزلة وتأنيب الذات وإيـذاء الذات وعدم الدخول في تفاعلات ومشاركات اجتماعية، قـــد يميـــل تباعا إلي تقليد مثل هذه المستويات من المشاعر والسلوك.

٤ - إن كثرة الضغوط الخارجية، والتي لايقوي الطفـــل في الغـــالب علي مواجهتها، قد تشعــــره بالعجز والإحساس بعدم الكفاءه، ممـــا يـــؤدي إلي تكوين ذات سلبيـــه مشوهه في حاجة مستمرة للدعـــم والتشبث الخارجي.

السلوكيات اللاجتماعية للطفل

١ -الكـــــذب

يشكو بعض الآباء والأمهات من أن طفلهم كثير الميل إلي الكـــذب واختلاق الحقائق، علي الرغم من تيقنهم التام بعدم صدقه، الأمر الذي قـد يسبب لهم الكثير من المضايقات خاصة في ظل الاعتقاد السائد بأن كـذب الطفل إنما يعد أحد أعراض التربية الأسرية الخاطئـــة، ومعظـم الآبـاء يريدون من أطفالهم أن يكونوا أمناء في قولهم وأفعالهـــــــم، مـع أن الواقع الفعلي لهم قد يكون مغايراً لهذا الانطباع، فسلوك الكذب يعد أحـد السلوكيات التي يمكن للطفل اكتسابها وفقـاً لمفـهوم التعلـم الاجتمـاعي Social Learning من خلال تفاعله مع المحيطين به والمتفاعلون معـه من كافة أفراد أسرته خاصة الوالدان، صحيح أن الوالديــن قـد لايكونـا وأعيين بالقصدية أثناء كذبهما .. إلا أن الطفل يكتسب هذا السلوك معتقـداً أنه سلوك اجتماعي طبيعي، لأن والداه قد يأتيانه دون أدني وجل أو خزي، وتأتي خطورة الكذب لدي الأطفال في أنه يمكن أن يتحـول إلـي سـمة شخصية عندما يشب الطفل ويرتاد عالم الكبار من الراشدين، والكذب فـي عمومة يعني تعمد تزييف الحقائق وقلبها، وإذا انتفـت منه سمة العمديـة فقط يدخل علي الجانب الآخر في صورة مظاهر أخـري مثل التخيـل أو المبالغة أو أحلام اليقظة .. وعادة ما يكون هذا العرض شائعاً قبـل سـن الخامسة ثم يبدأ في التناقص التدريجي مع بداية دخـــول الطفل سـن المدرسة وبداية التفاعلات مع الآخرين وبداية اكتمال الآنا الأعلـي لديـه (الضمير).. ذلك الجهاز المسئول عن تأنيب ضميره وإشعاره بالذنب فـي

حالة إقدامه علي السلوكيات المضادة للقيم الأخلاقية "سرقة كذب، إيـــذاء .. " لذا ينبغي توخي الحذر من وصف الطفل ونعته بمصطلحـــات مثـــل ســـارق ، لص، حرامى ، كـــذب، في هذا السن .. فكـــل هـــذه النعـــوت تتطلب اكتمال نضج وقدرته علي الحكم ومعرفة الحدود بين الأنا والأنـــا والآخر معرفة واعية، وهو مـــالايتوفر بـــالقطع بصـــورة كبـــيرة قبـــل ســـــن الخامسة.

فالطفل الكذاب كثيراً مايميل إلي المغالطات في حديثـــه، بحيـــث يمكن من السهل اكتشاف التناقضات في الحقائق والتبريرات المرتبطـــة بها.. وهذا يرتبط بالقطع مع خاصية أخري وهي عـــدم قدرتـــه علـــي التمييز بين الصواب والخطأ The child unable to distingiesh true from False وكثيراً مايعجز كذلك عن فهم القيم النسبية مثـــل كبـــير/ صغير، كثير/ قليل الأمر الذي يجعله أكثر تورطاً في الاستخدام الخاطئ لتلـــك القيـــم، وكثـــيراً مـــايكون الخيـــال Fantasying والمبالغـــة Exaggeration سبباً في وقوع الطفل في المغالطات الكلامية، وعنـــد اكتمال سن السادسة أو السابعة تبدأ ملامح الصدق في الظهور خاصـــة مع بداية اختلاصه بالأقران، وتعرضه للعقاب في حال اكتشاف اختلاقـــه للاكاذيب، سواء كان هذا العقاب بدنياً أم معنوياً .. وهناك العديـــد مـــن أنواع الكذب يمكن إجمالها في النقاط التالية:

أولاً : الكذب التخيلي Fantastic – Lies

إذا سلمنا بأن خيال الطفل قد يتسم بالثراء، وأنه لا يفرق أحيانـــاً بين محـــددات واقعية تقوم علي شواهد وحقائق معينة، وبين تصورات

تخيليـــة من نسج أفكاره الذاتية، أصبح من الضروري حينئذ التفرقة بين الكذب والتخيل، فالفارق بينهما كبير فالأولي تعني القصديـــة والتعمـــد هروباً من الأذى أو العقاب الذي يمكن أن يتعـــرض لـــه فـــي حالـــة اكتشافـــه...

والأخرى تعني الإضافة الذهنية علي المعطيات الخارجية بما ليس فيها لإشعار الآخر بأهميتها وقيمتها، وهنا تدخل عناصر مثل المبالغـــة والتهويل والتشويق .. الخ.

لذا فإن كثيراً من الأباء قد يعتبرون أطفالـــهم كـــاذبين "بـــالمعني الواسع للكلمة" وهم في الحقيقة يتخيلون، وشتان بين هذا وذاك فـــالكذب التخييلي لايمكن اعتباره كذباً لانتفاء عنصر التعمد في قلـــب الحقـــائق، فالأطفال قد يتعرضون أثناء حياتهم اليومية للعديد من الضغوط ســـواء كانت والدية أم مدرسية .. الخ .. وتلك الضغوط قد تؤدي بـــهم إلـــي الاعتماد علي التخيل كوسيلة هروبية من شدة هذه الضغوط، الأمر الذي يدفعهم إلي تخيل أشياء قد لاتكون قد حدثت بالفعل، أو المبالغة والتهويل من أشياء بسيطة حتي يضفوا عليها سمة الأهمية، أو يقللون من أهميـــة أحداث كبيرة بالفعل، وفي جميع هذه الحالات ينظر الآباء والأمهات إلي ذلك العرض بوصفه يحمل قلباً واختلافاً للأحداث ومن ثم نعت الطفـــل بالكذب. وهو علي عكس ذلك ، ويمكن التدليل علي ذلك مـــن خـــلال رؤيتنا لألعـــــــاب الأطفال قبل سن الخامســـة مـــن حيـــث تعاملهم مع ألعابهـــم الجامدة وكأنها كائنات حيه، فهم يكلمونهـــا

ويحبونها ويضربونها ويشاركونها الحديث، كأنها أقران يلعـــب معـــهم .. حينئذ تختلط الحقائق المادية مع الخيالات فإذا جاء الطفل وقال لوالـــده أن الحصان الذي يلعب به قد رفضه أو ضربه، فـــلا نســتطيع أن نقــول أن الطفل حينئذ "كاذب" .. وإذا قالت الطفلة الصغيرة أن دميتـــها الصغـــيرة رفضت النوم .. فلا ندعي حينئذ أنها "كاذبة".

فإضفاء الأهمية علي الموجودات من خلال طرح الخيالات عليـــها يقع ضمن مايسمي بالكذب التخيلي غير الضار، لأنه وسيلة لتخفيف حـــدة الضغوط المرتبطة بالمواقف الحياتية للطفل، أما المبالغة في هذا العـــرض بحيث ينفصل الطفـــل كلية عن محددات عالمه الواقعي، فـــالأمر حينئـــذ يتطلب سرعة التدخل العلاجي، وهنا يبرز دور الآباء والأمهات، فعليـــهما أن يشعرا الطفل من وقت لآخر بأن خيالاته من إبداعاته العقليـــة These Fancies are the products of his own imagination وهناك العديـــد من الآليات في سبيل تحقيق هذا الهدف، منها التركيز علي عدم معقوليـــة التخيلات المطروحة وعدم قابليتها للتفعيل ومطابقة المعايير والمحـــددات المتعارف عليها، فالطفل الذي يتعامل مع العصا وكأنـــها ثعبـــان يجـــري وراؤه ويريد إيذاؤه، يمكن حينئذ التدليل له علي أن العصا ليست كائنا حيا، لايأكل/ لايشرب/ لايتحرك / لايتكاثر/ لايتنفس" ومن ثم حدوث التفرقـــة بين خيال ذاتي من قبل الطفل، ومحددات واقعية من قبل الوالديـــن .. إن تدخل الوالدين للتفرقة بين الواقع والخيال ليست مطلوبة في جميع الأحوال والأوقات، لأن ذلك قد يؤثر بالسلب علي "إبداع" الطفل، ذلك الإبداع الـــذي يعتمد في أساســـــه علي خيالاته .. وإنما التدخل يحدث عـــادة عندمـــا

يصل الاختلاط بين الواقع والخيال حــــداً يؤثــر علــي التوافــق الذاتــي والاجتماعي للطفل.

ولاينبغي علي الكبار أن يعتبرا أن مجرد محاولاتهما الدائمة للتفرقة بيـــن الحقيقة والخيال هي الحل الوحيد لإقلاع طفلهما عن الكذب التخيلي، وإنمـا لابد أن يأخذا في الاعتبار أن أساليبهما في عملية التنشئة قد تنطوي علــي بعض نقاط الضعف، مثل ميلهما إلـــي أســاليب القســوة أو التعذيــب أو الإهمال، وكلها فيما نري أساليب ممعنه في السلبية وتـــؤدي إلـــي كــثرة الضغوط علي الطفل وبالتالي ميله إلي كثرة التخيل كميكانيزم دفاعي، لــذا ينبغي علي الكبار أن يقللا من حدة هذه الأساليب الضاغطة في التعامل مع الطفل للإقلال تباعاً من حدة الكذب التخيلي لديه.

ثانياً: الكذب عن طريق تقليد الآخرين Imitative – Lies

يلعب "النموذج" في عملية التنشئة سواء كانت أسرية أم اجتماعيـــة دوراً كبيراً في بلورة الملامح الشخصية للأطفال، فالراشدون بعامة يعدوا نماذج حيه للأطفال، يقلدونها ويفعلون مايفعلونـــه، ويقولـــون مايقولونـــه، بشكل يصل إلي حد التقليد غير الواعي .. من هــــذا المنطلـــق ظـــهرت نظريات تري أن التعلم بالمحاكاه أحـــد جوانـــب التعلـــم الاجتماعـــــي Social – Learning ويدخل في هذا النوع من التعلم الكذب بـــالتقليد ، فالطفل ببساطة قد يكذب لأنه يقلد آخر كبير "نموذج" قد يكذب، والغريـــب أن الطفل حينئذ عندما يكذب لايشعر بأنه أرتكب إثما أو خطئاً يســـتوجب العقاب، وذلك ببساطة لأن الكبار يفعلون ذلك الفعل ولايخضعون لســـلطة

العقاب، فالأطفال إذن قد يقلدون الكبار حتى في الكذب .. وهنا قـــد نجـــد نوعين من الآباء والأمهات، الصنف الأول لايلتفت إلي كذب الطفـــل، لأن مستوي أفعال وأقوال الطفل لاتختلف عن أفعالـــــهم وأقوالـــهم التـــي تـــم محاكاتها.. ومن ثم يكتسب الكذب مشروعية الصدق، لأنها لاتتجزأ عـــن إطارها الكلي "الوالدان" ... وهناك صنف من الآباء والأمهات يبدأون فـــي عقاب الطفل علي كذبه، ويتجاهلون أنهم قد أتوا به قبل إتيان طفلهم لـــه .. وهنا يقع الطفل في موقف التذبذب وعدم الاتساق النفســـي والشـــك فـــي مصداقية الوالدين .. ولاسبيل للإقلال من حدة هذه المشاعر إلا بمصداقيـــة الأباء في إتيانهم للسلوكيات التي يرغبون في أن يتمثلها أطفالـــــهم .. وإذا نحينا جانباً ميل بعض الآباء إلي الكذب ومن ثم تقليد الأطفال لـــهم، فـــإن هناك بعض الأباء الذين قد يميلون إلي المبالغة والتهويل في سرد الوقـــائع والأحداث، فإذا أخذنا في الاعتبار عدم اكتمال الحس النقـدي – Critical Sense لدي الأطفال، وكذلك ثقة الأطفال في مصداقية الآباء والأمـــهات، بات من الواضح تقليد الأطفال لآبائهم في المبالغة والتهويل، فالأب الـــذي يسرد قصصاً خارقة عن قوته في مواجهة التهديدات، قد يفســـح الطريـــق دون أن يعي للطفل لكي يتمثل ذلك الأسلوب التحريفي المختلق للأحـــداث. فتكوين عبارات وجمل غير صادقة من قبل الوالدين، واللذان عـــادة مـــا يكونا غير مدركين لها، قد يعد أحد أسباب ظهور مـــايطلق عليـــه كـــذب المحاكاه (التقليد). أو كذب المبالغة والتـــهويل Lies Of Exaggetation فالطفل الذي يخطئ في سرد الحقائق وفقاً لمبالغته فيها ومباهاته بها، لابـــد أن يتعلم من خلال التدخل المقصود للوالدين أو المعلمين أن هناك فرقاً بين

الحقيقه والحقيقه المبالغ فيها. فادعاء الطفل القــوة البدنيــة قــد تصطــدم بالجانب التقريري الخاص بقوته الحقيقية (بأنه نحيف وضعيف)، وإدعــاء الطفل المبالغ فيه بأنه ذو مستوي إجتماعي اقتصادي مـــا، قــد يصطــدم بمحددات واقعية تنفي صحــة هذا الاعتقاد .. لذا ينبغــي علــي الكبــار الاعتماد علي الجوانب التقريريـــة وليس التقيمية أثناء التعامل مع هـــذا النوع من الكذب "المبالغـــة" بما يتناسب وفئة الطفل العمريـــة وطبيعــة خصائصه الشخصية.

ثالثاً: الكذب الاجتماعي Social Lies

إذا سألت أحد الراشدين "هل سبق لك أن كذبت" وكانت إجابتـــه "لا" فهو كاذب لأن كل منا في إطار حياته اليومية قد يكذب دون أن يعي أنـــه يكذب .. فحينما يسألك أحد الأصدقاء لماذا لم تتصل تليفونياً .. فســتكون "كنت مشغولاً" .. فهل الانشغال مهما كانت شدته سوف يحول بين الفـــرد والاتصال بأصدقائه .. فقول " أنا مشغول" تبرير لايستند إلي أساس مـــن الواقع وعندما يقول الأب للابن "قل لمن علي الهاتف أن أبي غير موجــود أو نائم فالأب هنا يمارس كذباً وليس صدقاً، صحيح أن الأب ينظر إلـــي هذا الفعل من منظور الكذب الأبيض White – Lies الذي قــد لايــترتب عليه أي خسائر – فالكذب الاجتماعي الذي يمارسه الكبار تحت مــبررات الوجاهة والنفاق الاجتماعي، أو عدم القدرة علي القيـــام بسـلوك مـــا .. ويرون أن هذه السلوكيات لاترتقى إلي مستوي الكذب بـــالمعني الواســع للمفهوم، قد يكون أحد أساليب تعلم الطفل للكذب، وإذا كان الكبار لايــرون هذا الكذب من المنظور السلبي، فإن الطفل بحدسه الضعيف لايســتطيع أن

يفرق بين الصـــواب أو الخطأ، بين قول الصدق والقول المغــــاير لذلــك، لايستطيع الطفل أن يدرك كم وكيف الضغوط التي قد لايســـتطيع الكبـــار تحملها مما يدفعهم لاختلاق مايسمى بالكذب الأبيض ، وبمرور الوقت يبدأ الطفل في تمثل ذلك النوع من الكذب "الاجتماعي – الأبيض" واســـتخدامه بشكل زائد تأثراً بالآخرين إزاء مايواجهة من ضغوط لكي يتجنب بــــدوره الواجبات الكريهة المفروضة عليه .. وعلاج هذا النوع من الكذب لايبـــدأ من الطفل، ولكن يبدأ من النماذج القائمة علي شئونه وتربيتــــه، فلابــد أن يعي الأباء والأمهات أن الكذب كذب، لافرق فيه بين كذب أبيض وآخــــر أسود، فسلوك الأمانة يقتضي منهما التعبير بصدق عمـــا يريدانـــه حتـــى لايترك الطفل في حالة من التمثل والتقليد لذلك النوع من الكذب، والشـــيء المثير للدهشة أن الطفـــل لايقلد الكذب الاجتماعي فقط، وإنما يعتقد أنـــــه غير مضر، الأمر الذي قــد يترتب عليه اكتساب سمه الصـــدق حينمـــا يدخل عالم الكبار .. والكذب من هذا المنظور ليس مجرد سمه منفصلـــة عن بقية الجوانب الشخصية للطفل، فالكذب قد يؤدي إلي عدم القدرة علـــي تحمل المسئولية الفردية وإلقائها علي الجماعة، كذلك فإن الكـــذب يجعــل الطفل في حالة من عدم القدرة علي المشاركة بفعالية في إطـــار جماعـــة الانتماء، لأن العمل الجمـــاعي التعـــاوني يتطلــب قــدراً مـــن الصـــدق والمصارحة تحقيقاً للأهـــداف العامة للجماعة، وهو مالايتوفر لديه، كذلــك فإن كثرة الكذب لدي الطفـــل تجعله غير قادر علي التوافق السوي بشـــقيه الذاتي والاجتماعي، نظراً للتهديد بالعقاب الذي قد يتعرض له دوماً ســـواء كان بدنياً أم معنوياً.

رابعاً : الكذب الدفاعي : Defensive – Lies

يتصور الكثير من الكبار أن مرحلة الطفولة غاية فـــي الـــهدوء والسكينه، وخالية من المشكلات والضغوط بالنسبة للطفل، وذلك مقارنــــة بكم وكيف الضغوط التي يواجهونها كراشدين، فالضغوط لـــدي الأطفـــال لاتقل عن مثيلاتها لدي الكبار، وأن كان الفارق بينهما يكمن في قدرة كـــل منهما في التعامل معها بكفاءة فالطفل الذي يتعامل والداه معه من منطـــق الشدة والإجبار والإكراه واللامبالاة غالباً مايشعر بـــالضغط حيـــال تلـــك الأساليب مما يدفعه دفعاً إلي استخدام ميكانزم الكذب كوسيلة دفاعية ضـــد هذه الضغوط، فالأطفال قد يحاطون بجملـــة مـــن القيـــود والتحريمـــات والالتزامات الاجتماعية، قد تكون أكبر من قدرتهم علي تحملها أو الوفـــاء بها، مما يعرضهم للوقوع في دائرة عقاب الوالدين، ونظراً لأن الوالدين قد يكونا غير مدركين لخصائص أطفالهم العمرية من حيث مـــدي التزامـــهم بالأوامر والنواهي، فهم يرون أن التقصير يكمـــن فـــي الطفـــل بإرادتـــه الخالصة، ومن ثم عقابه وتهديده، حينئذ يتعلم الطفل كيفية الدفاع عن نفسه باختلاق المبررات، والأعذار التي من شأنها أن تقلل تباعاً من حدة هـــذا التهديد، فالطفل الذي يرتكب خطأ ما ثم يعترف باقترافه هذا الخطـــأ، قـــد يعاقبه الوالدان لمجرد هذا الاعتراف، وهذا النوع من العقـــاب قـــد يدفـــع الطفل في الاتجاه الدفاعي الآخر إلي عدم الاعتراف بالخطأ مرة أخـــري حتى لايتعرض للعقاب، ومن ثم دفعه إلي مزيد من الكـــذب والاختـــلاق للأحداث، فالطفل يدرك هذه الواقعة بأن قول الصدق قد يعرضه للعقـــاب، علي حين أن اختلاق الأكاذيب قد يجنبه الأذى، خاصة إذا ارتبط موقـــف

الكذب من الطفل بعدم استيقافه أو لفت انتباهه من الكبار.. وينبغي التفرقة هنا بين اعتقاد الكبار في كذب الطفل، ويقينهم بأن الطفل يكذب بـ ...، ففي حالة الشك فلايجب سؤال الطفل مباشرة، لأن الطفل سوف يلجأ بشكل مباشر للإنكار والكذب الدفاعي، أما في حالة تأكد الكبار من كذب طفلهما، فعليهما حينئذ مواجهته بالحقيقة لا أن يسألوا عنـــها، وإذا حـــاول الكـــذب هروباً من الموقف فيجب عرض الوقائع عليه ودحض كذبه بطريقة أكـــثر مرونة بحيث لاتسبب له امتهاناً أو مزيداً من الضغـــط، بحيـــث يصبـــح الموقف بأكمله موقفاً تعليمياً للمواقف المستقبلية، ومـــن أكـــثر الأســـباب المؤدية إلي الكذب الدفاعي عدم إعطاء الكبار الفرصة للطفل كي يناقشهم، فالآباء الذي يدخلون في دائرة نقاش مع الأبناء أكثر قدرة علـــي الإقنـــاع ومن ثم تعديل سلوك الكذب، لأن النقاش في هذه الحالة لاينصـــب علـــي مجرد خطأ أو صواب السلوك فقط، وإنما يتعدي ذلك إلي عرض الأسـباب التي أفرزت هذا السلوك، وكذلك التصورات والبدائـــل الأكـــثر إيجابيـــة لمواجهة مواقف الكذب المستقبلية، أما الآباء الذين يقفون عند حد العقـــاب دون فتح الحوار مع أبنائهم، قد يدفعون الطفل إلي مزيد من الكذب خاصـــة إذا كان الكذب مقروناً بإشباع حاجات جوهرية لدي الطفل، حينئـــذ يقـــول لسان حالة "سيعاقبني أبي علي كذبي".. لكني حققت أهدافـــي .. فالعقـــاب موقف سرعان ماينتهي"... "علقه تفوت ولاحد يموت".

ولاينبغي نعت الطفل دائماً بـــالكذب " أنـــت كـــذاب" دون توفـــر البراهين الدالة علي ذلك .. وحتي في حال توفرها ينبغي الابتعاد عن نعت الطفل بهذه السمة؛ لأن نعت الطفل بهذه الصفة وهو ليس كذلك يمكـــن أن

تدفعه إلي الكذب بالفعل وكأن لسان حاله يقول "إذا كان والداي يصفـــاني بالكذب وأنا لست كذلك فسأكون بالفعل كذاباً طالما هم يرونني كذلــك " إن الكذب الدفاعي لايكون في جميع الأحوال مرتبطاً بتحقيق أهـــداف ذاتيــة للطفل، أو الهروب من العقاب، وإنما قد يكون حماية للآخرين من أقرانـــه الذين تربطهم به علاقة موده، فالكذب هنا حماية لهم من أخطاء ارتكبوها، وقد يكون الكذب الدفاعي علي العكس من ذلك هو الخـــوف مـــن عقـــاب الأقران المتسلطين عليه، والذين هم دائمي التهديد له..

خامساً: الكذب جذباً للاهتمام Attention – Seeking

قد يلجأ الطفل أحياناً إلي نوع من الكـــذب بغـــرض جـــذب انتبـــاه الآخرين، وتحويل اهتمامهم إليه، فقد يقول الطفل لأقرانه أنه هو الذي قـــام بتكسير أحد مقاعد الفصل، أو قام بتشويه الجدار، وهو في الحقيقة لم يفعل ذلك، فالغرض من الاختلاق والكذب هنا هو محاولة لفت انتباه الأقران إلي ذاته وأنه قادر علي إحداث تلك السلوكيات غير المرغوبة، إما سعياً لتـأكيد ذاته بينهم، والحصول علي مكانة متميزة، أو دفاعاً ضد ضعفه ودونيتـــه وعدم قدرته الحقيقية علي الفعل، بل أن الطفل لديـــه الاســـتعداد لتحمـــل العقاب في سبيل تأكيد مايسعي إليه من لفت الانتباه خاصة فـــي مرحلـــة المراهقة، فالكذب الإنتباهي لدي الطفل قد يكون مسايره للكود الأخلاقـــي لجماعة الأقران، حيث يعتقد الطفل أن قيامه بالاعتراف الكـــاذب خدمـــة لاقرانه في الجماعة نوعاً من التضحية المحمودة والمشروعة والتي ستلقي نوعاً من المباركة منهم، حينئذ يقع الكذب في نطاق لفت الانتباه فإذا وقـــع العقاب علي الطفل من جراء كذبه الإنتباهي، فإنه يشعر علي العكس مـــن

ذلك بالتفاخر والتباهي، ويمكن أن نلحظ ذلك بسهولة داخل جماعات الأقران من حيث ميلهم إلي عدم الاعتراف بالحقيقية إما حرصاً علي الميثاق الأخلاقي للجماعة، أو عدم الظهور بمظهر من لايستطيع تحمل المسئولية الجماعية، أو الخوف من التهديد بالعقاب، فكل تلك الديناميات قد تدفع بالطفل إلي الكذب الانتباهي أو أن يلوذ بالصمت وعدم الاعتراف بالحقيقة.

سادساً : الكذب الانتقامي Vengeful – Lies

الانتقام أحد دوافع الكذب، مثلما يكون دافعاً للسرقة أو التمرد أو العنف فالطفل الذي يسأله والده "أين كنت" فيكذب عليه قائلاً " كنت في حمام السباحة" فالطفل يعلم أن هذه الإجابة سوف تثير انفعال الأب وتدفعه للغضب والترتر، لذا فالطفل قد يكذب انتقاماً ورداً لعدوان الآباء والأمهات عليه، وهذا النوع من الكذب يطلق عليه "الكذب الانتقامي" فاختلاق الطفل لمثل هذه الوقائع غير الصادقة قد تكون مرهونة إلي حد ما باعتقاده أن الحدث المختلق يمكن أن يؤثر سلبياً علي الوالدين كنوع من العقاب غير المباشر "المستتر" لهما، وغالباً مايحدث هذا النوع من الكذب كرد فعل للنزعات التسلطية، وسوء معاملة الطفل أو تفضيل اخوته عليه، ويوجد نوع آخر من الكذب قريب الصلة من الكذب الانتقامي يطلق عليه الكذب العدائي Antagonistic – lies وعادة مايكون الغرض منه إغضاب الآخرين.

سابعاً : الكذب التعويضي Compensuor Lies

كثيراً مايركز الآباء والأمهات خاصة الميالين للإتقـــان (الكماليـــة الزائدة) علي مستويات المثالية من السلوك والإنجاز لـــدي أطفالـــهم دون مراعاة أحياناً للقدرات الحقيقية لأطفالهم والتي تؤهلهم لتنفيذ مايلقي عليـــهم من مسئوليات، فالأطفال حينئذ قد لايستطيعون تحقيق طموحات الوالديـــن، الأمر الذي يفجر في المقابل الكذب التعويضي، حيث يكون الكذب عـــذراً للفشل أو تعويضاً عما يعجز الطفل عن أدائه، فـــالطفل الـــذي لايســـتطيع تحقيق النجاح المطلوب منه في القراءة، يستطيع أن يجعل والديه يصدقانـــه في أنه بارع في الرياضيات وذلك للثناء عليه بدلاً من عقابه أو توبيخـــه، ومع تكرارية هذا الحدث يعتقد الطفل في تفوقه ومن ثم يصبح معتاداً علـــي الكذب، فالكذب التعويضي من هذا المنطلـــق هو لجؤ الطفـــل لاختـــلاق أحداث كاذبة في جانب معين، هروباً من الواقع في العقاب من حدث آخر، ويمكن التغلب علي هذا النوع من الكذب إذا تعلم الوالـــدان كيفيـــة قبـــو الطفل بخصائصه وصفاته وتشجيعه علـــي الإحســـاس بالرضا عـــن ذاته وأفعاله وهناك العديد من الأسباب التـــي قد تدفع الطفـــل إلـــي الكذب نذكر منها.

١ – يلجأ الكثير من الآباء والأمهات إلي نعـــت أطفالـــهم بـــالعديد مـــن الصفات السلبية "السيئة" مما يعكس بدوره عـــدم الثقة في ســـلوكهم وأمانتهم، فيلجأ الطفل حينئذ إلي أسلوب الكذب كرد فعل لعدم ثقـــة الوالدين فيه.

٢ – قد يميل الطفل إلي الكذب للحصول علي بعض الميزات الشـــخصية " من وجهة نظره " ... فالطفل الذي يعجز صراحة في الحصول علي

مبتغاه، نجده يميل إلي الكذب كوسيلة لتبرير حصولـــه عليـــها .. فالطفل الذي يسرق أشياء زميله ثم يختلق حدثاً كاذباً، بأن معلمه في الفصل قد أهداها له نظراً لتفوقه الدراسي، هذا الكذب يكون بغـوض الحصول علي منفعة شخصية .. والمكاسب قـــد تكـون ماديـــة أو معنوية أو اجتماعية.

٣ – إذا كان الطفل قد يميل إلي الكذب للحفاظ علي صورة ذاته، وتجنـب العقاب، فإن بعض الأطفال يكذبون لحمـــاية أطفال آخرين، محابـــاه لهم أو خوفاً منهم .. "ديناميات الشللية".

٤ – قد يميل الطفل إلي الكذب تقليداً ومحاكاة للوالدين "الكذب الاجتمـــاعي – كذب التقليد".

٥ – قد يميل الطفل إلي الكذب تحقيقاً لخاصية المباهاة والتفـــاخر وســط أقرانه.

٦ – قد يميل الطفل إلي الكـــذب كنوع من رد الفعل العدائي والانتقـــامي مـــن الآخرين الذين يناصبونـــه العداء – من وجهة نظره – "الكذب الانتقامـــــي – الكذب العدائي " وهذا النوع من الكذب نجـــده فـــي الأسر التـــي تستخـــــدم أساليب الشدة والتســـلطية والعنـــف مـــع أبنائها..

أما عـــن كيفية الوقاية من الكذب لدي الأطفال، فيمكن أجمالها فـــي عدة نقاط وفقاً لتسلسليه الأسباب المؤدية إلي الكذب.

أولاً: ينبغي ابتعاد الكبار عن النعت المستمر لأطفالهم بالصفات السلبية، لأن من شأن ذلك أن يسبب تشويه لصورة ذات الطفل وانخفاض تقديره لذاته، مما يدفعه للكذب كنوع من التعويض.

ثانياً : قبل أن يطالب الآباء والأمهات الطفل بأن يكون صادقاً وأميناً، مبتعداً في ذلك عن الكذب، فلابد أن يكون سلوكهم متسماً بالأمانة والصدق، لأن الطفل يبدأ في تمثل الأطر والمعايير والقيم الأسرية من الكبار عن طريق التعلم الاجتماعي Social – Learning، ولاينبغي إقناع أنفسنا بأن هذه كذبه بيضاء بسيطة وتلك سوداء، فالكذب واحد مهما تعددت صورة وأشكاله، لذا فابتعاد الكبار عن الكذب قد يعد أحد الطرق الجوهرية للوقاية منه لدي الأطفال.

ثالثاً : الابتعاد قدر المستطاع عن الأساليب المتسلطة في عملية التنشئة، لأن من شأن هذه الأساليب أن تجعل الطفل في حالة من الضغط المستمر، ومن ثم تفجر نزعاته العدائية تجاه الوالدين، وبالتالي تعرضه الدائم للعقاب، حينئذ قد يكون الكذب وسيلة هروبية من الطفل لمواجهة العقاب.

رابعاً : أن ميل الكبار لمناقشة أطفالهم في الأحداث التي تواجههم، قد يسهم في الإقلال من حدة الكذب، لأن تلك المناقشات قد تكشف عن مستوي القيم الإيجابية وفوائدها وكيفية تحقيقها ... ولاينبغي أن تكون المناقشة مع الطفل مجرد دفعة للاعتراف بخطأ أرتكبه فقط، فقد يميل الكبار أحياناً إلي وضع الطفل أمام سؤال

لايحمل إلا إجابتين اثنتين فقط (هل فعلت أم لا) .. (هل قلت أم لا) أن بلورة المناقشة في هذا الشكل الاستجوابي قد يدفع الطفل في النهاية إلي مزيد من الكذب والإنكار، ولابد أن يستبدل هذا الشكل بالمناقشة القائمة علي تجميع الحقائق المرتبطة بالموقف ومناقشتها والخروج بمؤشرات مستقبلية .. ومساعدة الطفل علي التفكير فيها واختيار البدائل من بينها .. نخلص مما سبق أن فتح الحوار مع الأطفال ومناقشة أمورهم من قبل الكبار أو المعلمين قد تزيد من وعي الطفل بأضرار الكذب، ومن ثم الإقلال من حدته.

خامساً : ينبغي ابتعاد الكبار – قدر المستطاع – عن الصيغ التهويلية والمبالغ فيها أثناء سرد الأحداث التي وقعت لها أمام أطفالهم، لأن من شأن هذه المبالغة أن تدفع الطفل إلي تمثلها ومحاولة تقليدها، ومن ثم الوقوع في دائرة الكذب التهويلي.

سادساً : يجب علي الكبار اللجوء إلي العقاب كوسيلة تربوية في حالة عدم جدوي التكنكيات السابقة، والعقاب قد يأخذ أحد شكلين أو كلاهما معاً، إما حرمان الطفل من بعض الامتيازات المحببة له .. أو دفعه للقيام بشئ غير محبب له ولكنه غير ضار .. مع ملاحظة التغيرات الحادثة في الحالتين وتعديلها وفقاً للسياق المطروح.

سابعاً : ينبغي وجود اتساق في أساليب التربية بين الوالدين.

٢ – السرقة Stealing

تعد سرقة الأشياء البسيطة من أكثر أنواع السرقات شـــيوعاً لـــدي أطفال ماقبل المدرسة الأمر الذي قد يسبب توتراً "شـــديدًا" لـــدي الآبـــاء والأمهات، والذين يحجمون عادة عن مناقشة موضـــوع الســـرقة، وذلـــك للاعتبارات الخاصة بالوجاهة الاجتماعية، فالسرقة تعني وعـــي الســـارق بأنـــه يسلب الآخر ملكيته دون اذنه، ومن ثم تصبح ملكية الآخر ملكيتـــه، وهو في سبيل تحقيق هذا الهدف يفتقد الوازع الأخلاقي "الضمير" وفـــي نفس الوقت يتسم سلوكه وتفكيره بالتخطيط والتدبير بغية عـــدم افتضـــاح أمـــره .. وإذا نظرنا إلي طفل ماقبل المدرسة لوجدناه يفتقد بدوره هذيـــن الأمرين معاً، فهو من ناحية لم يصل بعد إلي اكتمال النضـــج الأخلاقـــي المجرد مثل العدل – الحق – الواجب – الملكية ومن ناحية أخري افتقـــاده للعمليات العقلية العليا القائمة علي التدبير والتخطيط والمراوغة والتـــآمر والتي تشكل الأساس في عملية السرقة "كإجراء" ... فعدم معرفة الطفـــل بالحدود الفارقة بين مايملك ومايملكه الآخرون، وعـــدم اكتمـــال الـــوازع الأخلاقي لديه، يجعل من الصعب إضفاء مصطلح "سرقة" علي مايقوم بـــه من أفعال، فالذي يحرك سلوك الطفل هو التمركز حول الذات، والســـعي الدائم لإشباع رغباته الفورية، بغض النظر عن مفاهيم مثل هـــذا لـــي .. وهذا لك .. وهذا له .. ولعل الدليل علي ذلك أن الطفل فـــي هـــذا الســـن لايتورع أن يلعب بدميه أخذها من آخر أمام الجميع، أو أن يأخذ قطعة من الحلوي من السوبر ماركت في غفلة من الوالدين ويأكلها أمامهما، فـــالطفل في الحالتين لايدرك أنه يرتكب خطأ يستوجب العقاب.. وبتقدم الطفل فـــي

العمر ودخوله مرحلة الطفولة المتوسطة، ومع الاطمئنـــــان – النســـبي – باكتمال ملامح الضمير الأخلاقي، وقدرة الأنا علي التمييز بين محـــددات الواقع، والقدرة النسبية علي إرجاء اللذة الفورية إلي مراحل تالية، حينئـــذ يمكن أن نطلق علي سلب حقوق الآخرين دون أذنهم مصطلح "السرقة" ... والتي تتعدد أسبابها من حالة إلي أخري.

أولاً : من المؤكد أن الضغط الاقتصادي والحرمان المادي، وعدم قـــدرة الأهل علي إشباع حاجات الطفل في الحدود الدنيا، قـــد يعـد أحـــد أسباب إقدام الطفل علي السرقة، وتشير نتائج معظم الدراســـات أن الأطفال المتهمين بالسرقة غالباً ماينحدرون من أسر فقيرة اقتصاديـــاً وغير قادرة علي إشباع أطفالها، وذلك بالمقارنة بغيرها من الأســـر ذات المستوي الاقتصادي المرتفع، فسرقة الطفل في هــــذه الحالـــة ليست – نابعة فقط من مجرد إشباع الدوافع المباشرة له مثل الجـوع والملبس والمشرب.. الخ" وإنما قد تعكس نوعاً مـــن الرغبـــة فـــي الانتقام من أولئك الذين ينعمون بما لاينعم هو به.. ويمكن الوقـــوف علي ذلك التفسير في الأطفال المنحدرين من أسر مفككه (الانفصـــال – الطلاق) المقارنة بالأسر المستقرة نسبياً، حيث نجد شيوع الســـرقة بين هؤلاء الأطفال وكافة أشكال السلوكيات المضطربة الأخري مـــن قبيل الهروب وإشعال الحرائق والعدوانية .. الخ.

ثانياً: يمكن للطفل أن يتعلم سلوك السرقة عن طريق المحاكــــاة (التقليـــد) للمحيطين به، خاصة الكبار أو الأقران، ومـــن ثـــم يلعـــب التعلـــم الاجتماعي Social – Learning دوراً كبيراً في تنمية هذا الســـلوك

الإجرامي بين أفراد هذه العائلات، انطلاقاً من فكرة التأثير المتبادل، وغالباً مايكتسب الطفل أنماطه السلوكية من خلال معايشـــته لـــهذه الأجواء.

رابعاً: قد يندفع الطفل للسرقة بغرض "الإثارة" لإضفاء عنصـــر الأهميـــة والتفرد علي ذاته وسط أقرانه "الشلة" .. فالطفل قد يسرق لكي يثبت لإقرانه أنه قادر علي القيام بالأفعال الخطرة، أو لإظـــهار براعتـــه وذكاؤه في عمليتي التخطيط والتنفيذ.

خامساً : قد يلجأ الطفل للسرقة تعويضاً " عن حرمانه الانفعالي والعاطفي، وهذا النوع من السرقة نجده بوضوح لدي الطفـــل الـــذي يســـرق الأشياء، ثم يقوم بإهدائها إلي أقرانه، فهو يسرق حتي يشعر بـــالحب من خلال من أهداهم سرقاته، فالسرقة حينئذ تصبح تعويضـــاً عـــن افتقاد الحب والإحساس بعدم التقبل من الآخرين.

سادساً: قد تكون سرقة الطفل بغرض الانتقام من الوالديـــن أو الأقـــران، فالطفل الـــذي يسرق ويكتشف أمره، قد يرغـــب لاشـــعوريا فـــي مضايقة الأب وتوجيه العدوان غير المباشر له ، وكأن لسان حالـــة يقول "إذا كنت تضايقني ولا أستطيع الرد عليك .. فسوف أضـــايقك في قيامي بسرقة الآخرين، لأن من شأن ذلـــك الفعـــل المشـــين أن يضايقك ويقلل من شأنك " .. أما الانتقـــام مـــن الأقـــران فيتجلـــي بوضوح في قيام الطفل بسرقة حاجاتهم، فيشعر بالسعادة لإحباطـــهم كنوع من التعويض لعدم قدرته علي مواجهتهم بشكل مباشر.

سابعاً : هناك سبب آخر للسرقة عند الطفـــل مـــؤداه أن بعـــض الأبـــاء والأمهات قد يجدون نوعاً من السعادة اللاشعورية في قيام أطفالـــهم ببعض السلوكيات التي تتسم بالتمويه والتزيف ومن ثـــم الحصـــول علي الأشياء دون أذن مالكها .. حينئذ تشبع السرقة في الطفل بعض مشاعر التمرد الكامنة لديه.

ثامناً : إن عدم احترام الكبار لمبدأ الملكية الخاصة، قـــد يفســـح الطريـــق للطفل لكي لايؤمن بهذا المبدأ ومن ثم مشـــروعية ســـلبه لحقـــوق الآخرين، فالطفل الذي تتعرض ممتلكاته الشخصية داخـــل المـــنزل للسلب والنهب دون أذنه، قد يجد ذلك متنفساً له لكـــي يكـــرر هـــذا السلوك داخل المنزل وخارجه علي السواء ، وكأن لسان حاله يقـــول " إذا كنتم قد سمحتم لأنفسكم وأخذتم أشيائي دون إذني .. فلم لا أقوم أنا بنفس الفعل وأقوم بأخذ أشياء غيري دون أذنهم أيضاً".

تاسعاً: أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال يكونوا أكثر ميلاً للكـــذب أو السرقة في حال تراخي الرقابة عليهم، وتضاؤل الفرص الخاصـــة باكتشافهم، فالأطفال الذين اعتادوا السرقة في حاجة إلـــي إشـــراف ومراقبة مباشرة ومستمرة، لأن من شأن ذلك أن يجعلهم في حالـــة من الحرص والحذر خشية الوقوع في المحذور.

الوقاية من السرقة:

من المؤكد أن اهتمام الكبار بالملكية الخاصة واحترامها لدي أطفالهم يعـــد أحد العوامل التي تقلل من سلوك السرقة بين الأطفـــال، فينبغـــي أن

يكون لكل طفل موضوعاته وأدواته الخاصة، والمكان الخـــاص الـــذي يضع فيه هذه الأشيـــاء، ولاينبغي للآخرين أن يأخذوا أشياؤه خلســة دون أذن منه لأن ذلك يعد تعدياً صريحاً ومباشراً علي ملكيته الخاصة، وإذا مـا تكرر هذا السلـــوك من الآخرين معه، فقد يعد ذلك مؤشراً لـــه للقيـــام بنفس الفعل ومن ثم التورط بعد ذلك في السرقات، وكأن لسان حاله يقول " إذا كنتم سمحتم لأنفسكم أخذ ممتلكاتي دون إذني .. فسوف أخذ ممتلكـــاتكم دون أذنكم" ... فإحساس الطفل بان له أشياؤه الخاصة "أدواته – العابة" .. قد يحقق له هدفين مزوجين أولهما الحفاظ علـــي ممتلكاتـــه مـــن التلـــف والضياع ، ثانيهما : احترام ملكية الآخرين حتى يحترمون بدورهم ملكيتـه الفردية .. ولامانع من تبادل الأشياء بين الأخوة وبعضهم البعض، شريط الاتفاق علي هذا المبدأ بحيث لايتم هذا الأمر في الخفاء وإنما بوضـــوح . وفي الوقت الذي يتمتع فيه كل طفل بخصوصياته الفردية، لامانع كذلـــك من وجود بعض الألعاب أو الأشياء الجماعية التي يشتركون فيها جميعـــاً، فمن شأن ذلك تنمية نزعاتهم نحو التعاون والحفاظ علي الملكية العامة التي تخصهم جميعاً وليس كأفراد منفصليين .. فحرص الكبـــار علـــي تدعيـــم مفاهيم مثل الملكية الخاصة والملكية الجماعية وعدم التعدي علي حقـــوق الآخرين، واحترام ملكية الآخر والحفاظ عليها، وعدم التفريط في الملكيـــة الشخصية إلا بمنطق التفاهم والتعاون.. كل هذه المفاهيم مـــن شـــأنها أن تنمي الوازع الأخلاقي للطفل وتدعم لديه سلوك الأمانة ومن ثم الإقـــلال أو التخلص من السرقة.

أ.د فتحي الشرقاوي

٢ – لابد أن يحرص الكبار في تربيه أطفالهما علي أن يكونـــوا مصــدراً للدفء والحماية .. لان من شأن ذلك أن يجعل الطفل يشعر بـالدفء الوالدي مما يدفعه لمناقشة رغباته واهتماماتـــه وحاجاتــه وكيفيــة إشباعها، ومن ثم انعدام الفرص لإشباعها بشكل يخرج عن الإطــار الأخلاقي "السرقة" ... فلابد من حرص الكبار علي معرفة جوانــب الاشباعات الخاصة بالطفل وإشباعها بالشـــكل الــذي يتفــق مــع خصائصهم المميزة من جانب والمعايير الاجتماعية المنظمة لحــدود الجماعة من جانب آخر ، .. حتي لايتيحوا لأطفالهم فرصة التفكــير في كيفية إشباعها بشكل خاطئ.

٣ – أن توحد الطفل بوالديه باعتبارهما "الانموذج" وتقليد سلوكهما وتمثــل افكارهما، يدفعنا إلي ضرورة أن يكون الســلوك الوالــدي متســماً بالأمانة والاتساق، فالأب الذي يميل إلي الاقلال من أهمية الســرقة ويتواني عن مناقشة سرقات طفله تحت مبررات أن الأمــــر ليــس بالخطورة التي تتطلب سرعة التدخل، أو تحت دعوي عــدم إثــارة الانطباعات السيئة التي يمكن أن تؤثر في نفسية الطفل فـــي حالــة اتهامه أو مناقشته في أمر سرقته .. أن هؤلاء الأباء إنما يميلون إلي تدعيم سلوك السرقة لدي الطفل ولكن بشكل غير مباشر، . فهم مــن ناحية يقللون من أهمية الحدث بعدم سؤالهم عنه وهذا قـــد يعطــي الطفل فرصة تكرار الحدث أكثر من مرة، تحت مبرر أن الآخريــن خاصة الوالدان لم يضعاه في دائرة السؤال أو العقاب أو التجريـــم، ومن ثم مشروعية تكراره .. ومن ناحية أخري فإن توانـــي الكبــار

عن مناقشه السرقات مع أطفالهم قد يسهم في تأصيل هذا السلوك لديه، فالطفل الذي يتم اكتشافه في المراحل المتقدمة أيسر في تقويمه وعلاجه من الطفل الذي يكتشف أمر سرقاته بعد وقت طويل من الممارسة..

٤ – إن اكتشاف الكبار لسرقة أطفالهم، قد يجعلهم في حالة من السخط والتوتر، والذي غالباً مايصاحبه استخدام القسوة والتسلط في عملية العقاب مما لايتيح لهما في الغالب مناقشة الأمر من زاوية المعايير الأخلاقية وتوضيح مساوي هذا السلوك بالنسبة للفرد أو الجماعة أو المجتمع، فمواجهة حادث السرقة ومناقشة أبعاده اعتماداً علي الأفكار العقلانية، والمبادئ الأخلاقية أفضل بكثير من مجرد الوقوف عند حد العقاب فقط.

٥ – إن لجوء الكبار إلي سؤال الطفل مباشرة "لماذا سرقت" .. قد يكون سؤال عديم الجدوي لأن معظم الأطفال قد لايملكون المهارات اللغوية أو الحنكة التي تؤهلهم للتعبير الجيد عن دوافعهم وراء ارتكاب هذا السلوك .. وكذلك ميلهم إلي الميكانيزمات الدفاعية من قبيل الإزاحة والكذب والأسقاط، ومن ثم الابتعاد عن الدوافع الحقيقية للسرقة .. لذا يجب أن يعتمد الوالدان علي الحقائق المرتبطة بالأشياء موضوع السرقة، محاولين استنتاج دوافع طفلهم في ضوء معرفتهم بخصائصه وسماته، سلوكياته.. فالطفل عندما يسأل "لماذا سرقت هذا القلم" سيقول لك " لقد وضعه زميلي في حقيبتي أثناء الفسحة".

لكن لو سرد الكبار قصة أحد التلاميذ اعتاد أخذ أدوات أصحابه دون أذنهم حتى اكتشف أمره ، وأخذ عقابه، وسبب العديد من المصاعب لوالديه ولكل أفراد أسرته .. فهذه القصة الخيالية قد تفسح الطريق للطفــل لكــي يفكر فيها ويتدبر معناها، ومن ثم يتمثل بشكل جيد أفكارها.

٦ – قد يسرق بعض الأطفال بدافع الإثارة والرغبة في استحسان جماعــة الرفاق وتأييدهم له ... أو بدافع الرغبة في التفرد والتمايز بالنسـبة لــهم، وفي كلا الحالتين فإن سعي الوالدين إلي توفير جو الإثارة والتنافس مــن خلال الألعاب الجماعية، يمكن أن يسهم في إشباع دافعية الطفــل لســلوك المخاطرة والآثارة ، بدلاً من تورطه في سلوكيات خاطئة.

ودائماً مايرتبط سلوك السرقة لدي الطفل بخاصية أخــري وهــي الغــش Cheating وهي قيام الطفل بالتلاعب في الوقائع حتــي يحصــل علــي مايبتغيه ، والميل للغش لدي الطفل قد يرتبط بسماته الشخصية من حيــث السعي للتفرد والتمايز والتفوق والقيادة ... فكثير من الأباء ذو النزعة إلي الكمال قد يطلبون من أبنائهم أن يكونوا متفوقيين في كل المجالات، ونظراً لاستحالة بل وصعوبة تحقيق مثل هذا المبدأ الذي قد يتعارض – أحيانــاً – مع القدرات الحقيقية للطفل، فإن الطفــل حينئذ يميل إلي التلاعــب حتــي يحقق للوالدين أهدافهما.. وكثيراً ما نجد هذا السلوك فــي الموضوعــات الدراسية فضغط الوالدين علي الطفل بأن يكون دائم التفوق، قد يدفعه إلــي الغش حتي يحقق هذا الهدف ، وكأن لسان حاله يقول "لابد أن أفوز مــهما كان الثمن – إرضاءً لوالداي" .. وأطفــال مــا قبــل المدرســة كثــيراً مايتمركزون حول ذواتهم، وأنهم لابد أن يكونوا الأوائل والمتفردين في كل

شئ، وهذا المنطق يجعلهم يتصرفون من منطق " أن الغاية تبرر الوسـيلة" .. وكثيراً ما نجد خاصية الغش لدي الأطفال الذين تتسم شخصياتهم بعـدم الكفاءة وعدم القدرة علي تفعيل استعدادتهم بشكل صحيح، حينئذ يلجـــؤن إلي الغش كنوع من التعويض لهذا القصور، هذا فضلا علـــي أن هنــاك بعض الأطفال لديهم استعدادات جيدة إلا أنهم يتوقعون دائماً الوقوع فـــي دائرة الفشل، نظراً لإقلال الكبار من قدراتهم وذواتهم، وهذا الأمر قد يدفع الطفل إلي الغش حتى يحقق الكفاءة المطلوبة ومن ثم الحصول علي تقديـو اً للذات واستحسان وتقبل الآخرين له .. وفي هذا الصـــدد ينبغـــي علـــي الوالدين عدم وضع الطفل في مواقف سلوكية لايقوي علـــي القيـــام بـــها بكفاءة، لأن من شأن ذلك أن يشعره بالعجز وعدم القدرة علي الفعل، ومن ثم قيامه بالغش للارتقاء إلي مستوي الفعل المتوقع منه، وينبغي في مثـــل هذه الحالات أن يقوم الوالدان بتشجيع السلوكيات الجيدة في طفلهم.

وغالباً مانجد خاصية الغش لدي الصغار من الأطفال أثناء قيامـــهم باللعب الجماعي، سعياً وراء تحقيق الفوز والانتصار علي الخصم "النـــد" ... فإذا ما اكتشف الكبار هذه الخاصية فيجب عليهما حينئذ مناقشة الطفـل في القواعد الأخلاقيـــة، وبأن الهزيمة في موقف لاتعني نهاية الحيـــاة، وأن الفرد يتعلم من أخطائه لكي يحقق الفوز والتفوق في المراحل التاليـة، فضلاً عن أن الغش قد يجعل الآخرين يفقدون ثقتهم بالطفل الغشاش، الأمر الذي يترتب عليه نفورهم منه وابتعادهم عنه.. وهذا الأمر قـــد يحرمـــه من العديد من الامتيازات التي يمكن الحصول عليها إذا تعامل بأمانة مـــع الآخرين مثل اللعب معهم – وقبول الاستحسان منهم ... الخ ".

أ.د فتحي الشرقاوي

٣ – الفوضوية Messiness

كثيراً مايشكو الكبار من أن طفلهم يتسم بالفوضويةَ والتي قد تتمثل في عدم مبالاته بالاشياء وميله لعدم ترتيب ملابسة أو اهتمامه بمظـــهره، وافتقاده للنظام والترتيب، وتزداد هذه الشكوي حدة إذا كان الوالدان مـــن النوع الممعن – بشكل وسواسي – في الدقة والنظام والترتيب، بحيث يبدو الحد الأدنى من عدم امتثال الطفل لهما نوعاً من الاضطراب في سلوكه – من وجهة نظرهما – بل يعتبران حينئذ أن سلوك الطفل في حاجة إلـــي توجيه وعلاج نفسي .. ولابد من الإشارة هنا إلي أن سلوك الطفل غالبـــاً مايتسم بالفوضوية أكثر من المعتاد، نظراً لتمركزه حول ذاتـــه، وسـعيه للإشباعات الفورية، وعدم تمثله الجيد للمفاهيم الممعنة في التجريـد مثـل النظافة، الاناقة، المظهر العام، خاصة في سنوات الطفولة المبكرة، وسلوك الفوضوية ليس قاصراً فقط علي مرحلة الطفولة، بل قد يتعداها إلي مرحلة المراهقة، حيث يدور الجدل الخاص بالصراع بين الأجيال "جيل الآبـاء – جيل الأبناء " .. الخ .

فالفوضي عند المراهقين قد تعد من منظورهم الشخصي علامة مـن علامات الاستقلال ، وإشارة إلي الكود الأخلاقـي الـذي يمـيز جماعـة الأقران، بل أن الخروج علي هذا الكود قد يعرض المراهـق للاسـتهجان والنبذ من قبل الجماعة .. نخلص مما سبق إن الفوضوية سواء كانت لـدي الأطفال أم المراهقين قد تختلف تفسيراتها، فبينما الفوضوية لـدي الطفـل ترجع أحياناً إلي عدم فهمه وتمثله لقواعد الصحية والنظافة العامـة، إلا أن

الفوضوية عند المراهقين قد تكتسب تفسيرات مثل الاستقلالية وتأكيد التفرد والانتماء لجماعات الأقران والتوحد معها.

وهذا التفسير الأخير قد نجده أيضاً لدي الأطفال، فكثـــيراً مـــايعبر الطفل عن رغبته في الاستقلال عن الوالدين بسلوك الفوضوية، وكأن لسان حاله يقول " أنا أحب أن أكون هكذا" فالأطفال الذين يشعرون بالضغط مـن أساليب التعامل الوالدية قد يميلون كنوع من رد الفعل المضاد إلي ارتـــداء الملابس غير المهندمة أو يهملون في ترتيب غرفهم أو يلقون بملابسهم في كل أنحاء المكان .. وعلي الجانب الآخر قد يجد الطفل نوعاً من الارتيـاح من خلال سلوكه الفوضوي خاصة إذا كان لايشعر بالرضا في حياته مـــن خلال الأوامر الصارمة، ولابد من الإشارة هنا إلي أن ســـــلوك الـــترتيب والنظافة أحد السلوكيات، المتعلمة والتي يتم اكتسابها من خلال البيئة التـــي يتواجد فيها الطفل، الأمر الذي يشير في أحد المستويات إلـــي أن ســـلوك الفوضى قد يكون متعلماً، فالطفل الذي ينشأ في بيئـــــة أسـرية لا تولـــي الاهتمام الكافي بعناصر النظافة أو الترتيب أو الأناقة في الملبس والهيئـــــة العامة قد يكتسب من خلال الطفل هذه الســـــلوكيات، باعتبارهـــا جـــزء مشروع في إطار البيئة الكلية التي يتفاعل معها. ومما يلفت الانتباه أيضـــا وجود الطفل الفوضوي في ظل بيئة أسرية شديدة الميل إلي النظام وعـــدم الفوضى حينئذ قد يكون السلوك الفوضوي للطفـــل إمـــا نتيجـــة للضغـــط وأساليب الشدة في عملية التربية، ومن ثـــم تفســـير الســـلوك الفوضـــوي باعتباره نوعاً من الضغط علي الوالدين – كما أسلفنا – وقد يكـــون هـــذا السلوك نتيجة للتدليل المفرط والحماية الزائدة للطفـــــل، فبعـــض الأســـر

تحرص علي أن يتولى الكبار أو من يقوم مقامهما علي خدمتهم "الأخـــوة والأخوات الكبار – الخادمات" . في إراحة الطفل وقضاء كـــل حاجاتـــه، دون أدني جهد يذكر لتعليم الطفل مبادئ الترتيـــب أو النظافة .. حينئـــذ يشعر الطفل بأن هناك من يقوم بتولي هذه المهمة بدلاً منـــه، ومـــن ثـــم لاداعي للقيام بها أو تمثل هذه القيم .. فكلا من الإهمال والقسوة، وكذلـــك التدليل والحماية المفرطة قد يؤدي فـــي المقـــابل إلـــي ظـــهور الســـلوك الفوضوي.

طرق التعامل مع الطفل الفوضوي:

تتباين طرق الوقاية من طفل إلي أخر وفقاً لطبيعة المرحلة العمريـــة التي يمر بها الطفل، ووفقاً كذلك لشدة السلوك الفوضوي .. وفيمـــا يلـــي بعض طرق التعامل :

١ –إن تدريب الأطفال منذ العام الثاني مـــن أعمـــارهم علـــي النظافـــة والاعتناء بالمظهر الخارجي ، يعد أحـــد الطـــرق الهامـــة لتجنـــب الفوضوية فيما بعد .. شريطة أن يكون هذا التدريب مصبوغاً بصفة التسامح والمرونة، وبعيداً . كل البعـــد – عـــن أســـاليب الأوامـــر الصارمة المصحوبة بالعقاب "البدني / المعنوي" .. فـــالطفل الـــذي يثيبه " إثابة" أبواه علي حسن هندامه وحفاظه علي هيئتـــه العامـــة وملابسه من الاتساخ .. سيميل بمرور الوقت وتكرار مواقف الإثابة إلي تثبيت سلوك النظافة والترتيب، علي حيـــن أن ســـلوك الأمـــر العنيف قد يجعل الطفل يميل إلي العناد والإصرار علي السلوك الذي

يغضب والداه، كرد فعل لسلوكهما العنيف تجاهه .. وتدريب الطفـل علي النظافة والترتيب والصحة العامة ينبغي أن يكون مـــن خـــلال المواقف السلوكية والاجتماعية الفعلية، وليس من خـــلال عبـــارات وجمل التهديد والنصائح اللفظية، فلقد إشارات الدراسات العديـــدة أن أساليب الإقناع اللفظية أقل تأثيراً إذا ماقورنت بأســـاليب المعايشـــة الفعلية القائمة علي التفاعل الإجرائي، فلا مانع أن يـــترك الكبـــار لطفلهما حرية اختيار الألعاب التي يرغب فيها وكذلك الألوان التـــي يميل إلي تفضيلها في ملابسه وأدواته .. وكذلك ترك الحريـــة لـــه لوضع أدواته في غرفته بالطريقة التي تناسبه، شريطة عدم الإخلال بالذوق العام للمكان .. كذلك لامانع من قيامهما بإثارة انتباه الطفـــل الفوضوي إلي سلوك الفوضى لدي غيره من الأطفال الآخرين بـــه كنوع من إثارة الانتباه والاهتمام، مع توضيح نقاط الضعف والسلبية من خلال التعليق علي حالات خارجية تظهر، .. ومن ثم الإقـــلال الذاتي منه، لدي الطفل، وكان لسان حال يقـــول "إذا كـــان والـــداي يرفضان هذا السلوك في طفل آخر غيري .. فمن المهم أن أكون أنا كما يريدان" ... كذلك ينبغي علي الوالدين إلا يتركا فرصة خارجيـــة يتجلى فيها مظاهر الفوضى إلا ويعلقان عليها أمام طفلهما .. تـــأكيداً لما يرغبانه ويسعيان إلي تأكيده، سواء من خلال فيلم تلفزيونـــي أو حديث إذاعي، أو مشهد خارجي .. الخ .. نخلـــص ممـــا ســـبق أن سلوك الفوضى من السلوكيـــات المكتسبة بيئياً، ومن ثـــم يمكـــن إحداث التعديل المطلوب Behavior – Modificatioin أو تغـــيره

إذا تمثلنا أساليب تعديل السلوك مثل التعزيـــز والتنفــير والإثابــة والعقاب .. الخ.

٢- قد يكون سلوك الفوضى لدي الطفل راجعاً إلي عدم قدرتـــه علـــي الترتيب والتسلسل وإدراك المجال الكلي للموقف الذي يوجـــد فيـــه، فالطفل قد لايدرك مثلاً أن وضع الدمية الملقاه علي الأرض فـــوق الرف العلوي قد يجعل المكان متسعاً وتتاح له فرصة أكبر للحركـــة .. وقد لايدرك كذلك أن وضع الأشياء في تصنيف واحد قد يريحـــه في عملية البحث عنها والحصول عليها .. " الأدوات المدرسية فـــي أحد الأدراج – والدمى واللعب في درج آخر – وأدواته الشـــخصية في درج ثالث" .. أن عدم إدراك الطفل للقدرة علي التصنيـــف قـــد تجعله يميل إلي خلط الأشياء مع بعضها البعض ومن ثم الوقوع فـــي السلوك الفوضوي – كما يدركه الآخرون – أن عدم قـــدرة الطفـــل علي التميز بين الأشياء وفقاً لوظيفتها وأهميتها أيضاً قد يوقعه فـــي السلوك الفوضي، فالطفل الذي يلقي بجوربه المتسخ علـــي الأرض، أو يلقي بفرشاة الأسنان أو ملابســـه علـــي الأرض، أو أن يضـــع الساندوتش علي أحد رفوف المكتب دون الاستعانة بطبق .. أن هـــذا الطفل في حاجة لكي يعي ويدرك القيم والحقائق المرتبطة بـــالجوانب الصحية والمرضية، وأن إلقاء هذه الأشياء بهذه الطريقة قد يعرضـــه ويعرض غيره للإصابة بالأمراض والاضطرابـــات العديـــدة .. أن تدريب الطفل علي النظام دون أن يواكبها تدريبـــاً علـــي المعـــاني المرتبطة بها، قد يعرقل عملية التدريب .. فالكبار في حاجـــة إلـــي

إقناع الطفل أولاً بجدوي النظام وأهميته علي المستوي الفردي له والمستوي الجماعي للأسرة، قبل مطالبة الطفل بالإذعان لأوامرهما دون معرفة منه بمضمونها .. ولنضرب مثالين في هذا الصدد : "طفل ألقي بجوربه المتسخ في غرفة الصالون".

أ – الأب الأول : خذ هذا الجورب وضعه في خزانة الأحذية .. ولاتكرر هذا السلوك مرة أخري.

ب – الأب الثاني : أن وضع الجورب المتسخ في هذا المكان، قد يسبب الأمراض لكل من يدخل هذه الغرفة، كذلك فإن دخول الزائرين إلي هذا المكان ورؤيتهم لهذا الجورب، قد يجعلهم يقولون إن كل من في البيت لايعرفون النظافة .. لذا فأنا أتوقع منك أنك لاتريد إغضابي وإغضاب الآخرين .. مش كده !!.

من المؤكد أن سلوك الطفل في الحالتين سيكون الامتثال وأخذ الجورب.. لكن علينا أن نتوقع أن سلوك الطفل في حالة الأب الأول، ماهو إلا سلوك مؤقت سرعان مايتكرر في ظروف أخري .. لأن التنبيه هنا انصب فقط علي السلوك الخاطئ دون أن يصاحبه مبررات هذا الخطأ، وهذا ما قام به الأب الثاني الذي حقق في موقف واحد هدفين مزدوجين أحدهما قريب المدى " أخذ الجورب" .. والثاني بعيد المدئ والمتمثل في تعليم الطفل بعض قواعد الصحة العامة، وبعض القواعد الاجتماعية المتمثلة في ضرورة أن يرانا االناس في حالة من النظام والترتيب، لأن انطباعاتهم عنا شيئاً مفيداً لنا ..

أ.د فتحي الشرقاوي

نخلص مما سبق أن تدريب الطفل علي كيفية الترتيب والتصنيـــف والتمييز بين الأشياء والقدرة علي إدراك الجزء في إطار علاقته بـــالكل، كلها مهارات قد تسهم في حالة تنميتها وصقلها إلي الإقـــلال مـــن حـدة السلوك الفوضوي .. شريطة أن يكـــون التدريـــب مقرونـــاً بسـلوكيات فعليـــة في إطار الأسرة، كأن يشارك الأطفال في ترتيب ونظافة المنزل مع والديهم "توزيع الأدوار" .. فلا مانع من تدريب الطفل علي القيام بغسل طبق الطعام الذي استعمله، أو ترتيب محتويـــات غرفتـــه، مـــع حـــرص الوالدين علي إثابته وتدعيم سلوكه.

إن جانباً كبيراً من سلوك النظام والنظافة والترتيب والأناقـــة إنمـــا يرجع في أحد المستويات التفسيرية إلي رغبتنا في أن نكون فـــي وضـــع أفضل أمام الآخرين الذي يشاهدوننا بل ويحكمون علينا، ولعل ذلك ما دفع بأهل التخصص في مجال الشخصية إلي الاهتمام بصـــورة الـــذات كمـــا يدركها الآخر لنا، فتلك الرؤية تلعب دوراً جوهرياً في نمو الذات الفرديـــة .. فإذا كان إدراك الآخرين لنا يتسم بالإيجابية فقد يؤدي ذلك إلي مزيـــد من الحرص علي تكرار السلوكيات والأفعال التي تدفع الآخر لهذا الإدراك الإيجابي لنا من هذا المنطلق فإن السلوك الفوضوي لدي الطفل قد يرجـــع إلي عدم اهتمامه بادراكات الآخرين له .. فارتداء الطفل للملابس المتسخة أو عدم ميله للاستحمام للتخلص من رائحة العرق، أو إلقاء القاذورات علي الأرض، قد تشير إلي أن هذا الطفل لايعبأ برؤية الآخرين له مـــن حيـــث كونه طفلاً قذراً ومهملاً .. من هنا فإن نمذجة الاهتمام بالآخرين قد تـــأتي في أولويات تعليم الطفل السلوك اللافوضوي.. ويمكن تدريب الطفل علـــي

ذلك من خلال المواقف السلوكية التي يفعلها الوالـــدان، فقبـــل الزيـــارات العائلية المرتقبة إلي الأسرة، عادة ما تميل الأم إلي زيادة الجهد من أجـــل أن يكون المنزل في غاية الترتيب والنظام .. حينئذ يجـــب علـــي الأم أن تقول لطفلها "إنني أفعل ذلك، لأن هناك بعـــض الأهـــل أو الأقـــارب أو المعارف سوف يقومون بزيارتنا اليوم .. وأنا حريصة أن نكون جميعاً في هيئة جميلة أمامهم .. " فالتركيز من قبل الوالدان علـــي أهميـــة الآخـــر ومراعاته وتقديره .. قد تلعب دوراً في بلورة السلوك الإيجابي لدي الطفل .. فحرص الطفل علي مراعاة والديه ورغبته في عـــدم إغضابـــهما قـــد تنعكس في سلوكه التعاوني " ترتيب غرفته – غســـل أســـنانه – وضـــع ملابسه المتسخة في الغسالة .. تلميع حذاؤه .. الخ". كذلك مراعاة الطفـــل لحالة التقزز التي قد تنتاب زميله المجاور له داخل الصف نتيجة لرائحـــة العرق الكريهة أو ملابسه المتسخة قد يدفعه لمراجعة نفسه في هذا الصـــدد حرصاً علي هذا الآخر .. إن الأب الذي ينمي في أبنائه الصغار الرغبـــة في مساعدة كل منهما للآخر وتقدير ظروفه، قد يسهم دون أن يعلـــم فـــي تنمية السلوك المنظم، فالطفل الذي يدرك أن أخاه في حالة مرضية وينبغي الوقوف بجانبه، قد يميل إلي ترتيب حاجياته والاهتمام به .. والطفل الـــذي يأكل بطريقة غير لائقة، قد يقلع عن هذا السلوك إذا ما أدرك أن أســـلوبه في تناول الطعام قد يثير حفيظة أخوته وأبواه الذين يجلسون معـــه علـــي مائدة واحدة .. الخ ..

الطفل الأناني لله المتمركز حول ذاته Self – Centered

يشكو بعض الآباء والأمهات بأن طفلهم شديد الأنانية، وأنـــه دائمـــاً مايسعى لإشباع رغباته وحاجاته دون أدني اهتمـــام بـــالآخرين ، وهـــذا التمركز الشديد حول ذاته قد يوقع القائمين علي أمر التربية في حرج بالغ، لأنهم مطالبين بأن يكونوا عادلين في التفاعل مع كل الأطفال، دون تمـــيز أحدهم علي الآخر .. والطفل الأناني ينظر إلي العـــالم الخـــارجي بكـــل محدداته بوصفه مسخراً له فقط دون سواه، الأمر الذي قد ينتج عنه ســـوء توافقه وسلبية ذاته، نظراً لانعدام فرص التفاعل الدينامي مـــع الآخريـــن، وقبل الحكم علي طفل ما بالأنانية، لابد أن ندرك طبيعة المرحلة العمريـــة التي يجتازها، فالأطفال الصغار في سن الثالثة مثلاً قد ينظرون إلي الواقع نظرة الإشباع الفوري، لافتقادهم محددات النضج العقلي والانفعـــالي بـــل والسلوكي، فعدم قدرة الصغير علي التمييز بين ماله وماعليه، قـــد يدفعـــه للتعامل مع كل هذه المحددات من منظوره الذاتي فقط ، فالأنانيـــة حينئـــذ لاتكتسب المعني السلبي، لأنها خاصية طبيعية في هذا السن وجـــزء مـــن السياق العام لشخصية الطفل، فقد يبكي الطفل بشـــدة لأنـــه فشـــل فـــي الحصول علي لعبة قرينة، أنه لايدرك أن هذه اللعبة ليســت له، .. فكـــل مايشغل حيز إدراكه وتفكيره أنه يريد أن يأخذها ويلعـــب بـــها فقـــط .. فالقاعدة التي تقول أن هذا لي .. وهذا لك وهذا من حقي ... وهـــذا مـــن حقك .. ليس لها وجود في هذه المرحلة العمرية الباكرة فكل الأشياء لي .. ويجب أن احصل عليها .. ولعل الدليل علي ذلك أن الأطفـــال فـــي هـــذه المرحلة غالباً مايلجأون إلي اللغة المنطوقة الجماعية من منظور فـــودي ..

فنري الطفل يتحدث مع نفسه أثناء اللعب وكأنه جماعة كبيرة من الأفراد .. فهو غير قادر علي التفرقة بين ذات وذات أخري، ومع تطور نمو الطفل وبداية ظهور مهارات الاتصال والتواصل، ومع النمو التدريجي للغة، تبدأ ملامح الآخر في الظهور، ومن ثم التفرقة بين احتياجات ذاتية، واحتياجات للآخرين، وكذلك ظهور خصائص مثل التعاون والإيثار والحق، والتخلي عن الإشباع الفوري من أجل الإشباع المرجأ، فالطفل الذي يعلمه أبواه ضرورة الادخار وتوفير جزء من مصروفه اليومي من أجل شراء مايرغب فيه .. تتكون لديه فكرة السعي نحو الإشباع من منظور ذاتي، وتبتعد عنه فكرة الإشباع الفوري القائم علي أخذ حقوق الآخرين، وهناك العديد من الأسباب التي قد تدفع الطفل لكي يكون أنانياً متمركزاً حول ذاته : -Self – centered

أ – إن التدليل المفرط للطفل، وإشباع كل رغباته بشكل مبالغ فيه، وعدم إتاحة الفرصة له لكي يشبع رغباته بمجهوداته الفردية .. قد يجعل الطفل شديد الإتكالية علي الوالدين، ومن ثم أكثر اعتماداً عليهم في قضاء رغباته .. الأمر الذي يدفعه بحكم الاعتياد إلي الأخذ فقط، دون الاهتمام بالآخر .. وبمرور الوقت يصبح هذا الطفل غير قادر علي تحمل الإحباطات والضغوط، الواقعة عليه، نظراً لافتقاده الخبرة الذاتية في مواجهة الضغوط فهناك من يتحملها بدلاً منه، وتزداد هذه المشكلة حدة عندما يخرج الطفل من عباءة الأسرة ويبدأ في الاندماج في مجموعة الأقران .. فإذا كان يدللونه ويشبعون رغباته بشكل فوري وسريع .. فإن جماعة الأقران بديناميتها

القائمة علي المنافسة والتعاون والغيرية قد لاتعطي للطفـــل فرصـــة لعب دور الأخذ فقط، وقد ينتهي الأمر بالنفور منه وعـــدم التفـــاعل معه .. مما يدفعه إلي مزيد من السلبية والإتكالية، أو مزيـــداً مـــن العنف والتمرد عليهم بوصفهم ذوات غير مشبعة لرغباته التي أعتاد عليها .. لذا يجب علي الوالدين الابتعاد عن التدليل المفرط، لأن هذا الأسلوب قد يعرقل استقلالية الطفل، ويجعله في حالة من الاعتماديـة عليهم وعلي من يقوم مقامهما فيما بعد من كافة النماذج الســلطوية، .. فإعطاء الطفل الفرصة لكي يحقق ذاته من خلال السعي الذاتـــي للإشباع، قد يشعر الطفل بأن له ذات إيجابية قـــادرة علـــي تحقيـــق الـ ـل، ومن ثم احترام ذوات الآخر وتقديرها، بوصفها ذوات مقابلـــه لذا ـه .. وقد لايقف الأمر بالكبار فقط عند حد تدليل الطفل وإشـــباع رغباته بشكل مبالغ فيه، وإنما قد يصل الأمر إلي حد الدفـــاع عنـــه حتى لو كان خطئاً في إطار علاقتـــه بـــالآخرين، فبعـــض الآبـــاء والأمهات يرفضون بشدة فكرة أن يكون ابنهم مخطئاً في موقف ما ، ويكثرون من الدفاع عنه والإقلال من قيمة الآخرين . " أبني متربي مايعملش كده .. مش ممكن أبني يقول الكـــلام ده .. أبنـــي كلامـــه وسلوكه دايماً صحيح مابيغلطش" ... أن هذه الدفاعات وماشابهها قد تنمي في الطفل سمة الاتكالية عليهم، ومن ثم التقوقع حول الـــذات، فهو يتصور دائماً أنه الأوحد وأنه الجدير بالفوز والأخـــذ، وتدليـــل وحماية الكبار للطفل الأناني قد ترجع إلـــي العديد من الأســـباب، منها إحساس الكبار بالذنب Guilt الأمر الذي يدفعهما كنوع مـــن

التعويض إلي مزيد من الحماية لأبنائهم، فالأب الذي يترك أسرته فترات طويلة "السفر" نجده يميل كنوع من التعويض إلي المبالغة في التدليل والحماية والإفراط في الإسراف المادي، مما يجعل الطفل في حالة من التلقي من الآخر، وليس العطاء له .. كذلك قد يكون التفكك الأسري أحد أسباب لجوء بعض الآباء والأمهات إلي مزيد من الحماية لأطفالهم، فالزوجة غير المتوافقة مع زوجها، قد تجد في طفلها مصدراً للحماية العكسية .. وكأن لسان حالها يقول "إذا كنت لا أشعر بالحماية من خلال زوجي .. فأشعر بذاتي العطاءة والحامية من خلال المبالغة في حماية طفلي " .. حينئذ تصبح هذه الأم شديدة الالتصاق بالطفل ، مشبعة لكل رغباته ، معرقلة لاستقلاليته دون أن تدري أنها تدفعه إلي مزيد من التمركز حول ذاته والانغلاق عليها .. وقد تكون الحماية والتدليل المفرط للطفل نتيجة لبعض الصراعات الطفلية لدي الأبوين، فالأب الذي عاني مصاعب طفليه أثناء طفولته لشعوره "بالحرمان Feeling Deprivd .. قد يلجأ كنوع من التكوين العكس إلي المبالغة في إطار علاقته بأطفاله إلي الاتجاه المغاير .. وقد يرجع التدليل أيضاً إلي أن الطفل قد يكون وحيداً " دون أخوه أو أخوات " وبالتالي لايوجد من يشاركه الاهتمام والرعاية .. كذلك فإن بعض الكبار قد لايرغبون لاشعوريا في الأطفال، ومن ثم يأتي اهتمامهم المبالغ فيه تجاههم كنوع من التعويض لهذه المشاعر السلبية ..، وقد أشارت العديد من الدراسات إلي وجود علاقة ارتباطيه دالة بين أنانية الطفل وأنانية الوالدان ..

الفصل التاسع

الصحة النفسية .. والضغوط

الفصل التاسع

الصحة النفسية ومواجهة الضغوط

إن جانباً كبيراً من الصحة النفسية يتوقف علي قدرة الفـــرد علـــي مواجهة مايعترضه من أزمات وضغوط وأحداث مؤلمه، وبقدر قدرته علي التصدي والوقوف علي الحلول الإيجابية إزاء مايجابه من هذه الأحـــداث، بشكل يتفق ورضائه عن ذاته، وفي نفس الوقت عدم الخروج عن الأطـــر والمحكات المرجعية السائدة، بقدر إحساسه بالصحة النفسية والعكس يبـــدو صحيحاً في نفس السياق المطروح، ويخطأ البعض عندما يعتبر الموقـــف الضاغط هو سبب الانهيار النفسي والعصبي للفرد، متجاهلين في ذلـــك أن الأحداث الضاغطة بمثابة المفجر لاستجابة الضغط، والتي تكون كامنة في بناء الفرد النفسي والانفعالي، ويمكن التدليل علي ذلك بأن الحدث الضاغط الواحد، قد يفرز استجابة سويه في التعامل معه لدي أحد الأفـــراد، علـــي حين قد يؤدي إلي استجابات مرضيه وممعنة في السلبية لدي فرد أخر، لذا ينبغي الإشارة في هذا الصدد إلي أنه بدلاً من التركيز المطلق علي هـــذه الأحداث "المثيرات"، علينا علي الجانب الآخر انه نسعى للوقـــوف علـــي خصائص الأفراد والتي تعد بمثابة التربة الخصبة للاستجابة لتلك الأحداث الضاغطة، وماهي الأساليب المتنوعة التي يلجأون إليها في مواجهه تلـــك الأحداث، وهل هناك علاقة بين أساليب المواجهة والخصـــائص النوعيـــة التي يلجأون إليها في مواجهة تلك الأحداث، وهل هناك علاقة بين أســـاليب المواجهة والخصائص النوعية المميزة لـــهم نفسـياً ومعرفيـــاً وانفعاليـــا ومجتمعياً؟ .. ويمكن تعريف أحداث الحياة الضاغطة بأنها تلك الأحـــداث

التي يدركها الفرد المعني بوصفها أحداثا تسبب الارتباك والحيرة والقلق، وعادة ماتتضمن خطرا ما ، وتحدث بعض التغيرات الدالة علي الصحة والمكانة الاجتماعية وطريقة الحياة، وتظل هذه الأحداث تمارس تأثيرها الضاغط، إلي أن يصل الفرد إلي بعض الحلول بشأنها، ومن ثم إعادة التوازن المفقود مرة أخري، وقد تكون تلك الحلول سوية، وقد تكون في نفس الوقت مرضيه من قبيل الانسحابية والتجنبية والهروبية إزاء الأحداث الضاغطة وفي جميع هذه الحالات يتطلب الأمر ضرورة الوقوف علي ثلاثة عوامل أساسية: يتصدرها الفرد المعني بمواجهة الموقف الضاغط بكل ما يميزه من خصائص وسمات ثم نوعية الاستجابة الصادرة منه إزاء الحدث الضاغط، ثم نوعية التفاعل الذي يضم الفرد والآخرين والموقف .. والاقتصار علي دراسة عامل واحد فقط، دون النظر إلي الطبيعة الديناميكية للعاملين الآخرين يعد تناولا ناقصا .. فقد يهرب أحد الراشدين من مواجهة موقف يتسم بالفوبيا المرضية (الخوف من الصراصير) .. فالمثير هنا بحكم طبعيته النوعية لاينطوي علي أي محددات تبعث علي الخوف، ولكن نظرا لمرض الفرد واضطرابه النفسي، بدأت استجابات الخوف الشديد في الظهور إزاء هذا الحدث الضاغط (من وجهة نظره) .. فإذا ركزنا الاهتمام علي المثير، فعلينا حينئذ التقرير بأنه يخرج عن طبيعة المواقف الضاغطة، ولكن إذا نظرنا إلي المثير في ضوء الاضطراب النوعي لدي المريض (الفوبيا) .. لأدركنا أن هذا المثير يمثل بالفعل موقفا ضاغطا علي المستوي الواقعي وليس المتخيل. ، الأمر الذي يدفعنا تباعا إلي ضرورة النظر إلي المثير الضاغط (النوع - الشدة)، في إطار خصائص الفرد الذاتية .. والمصادر المسببة للضغوط " المثيرات"

عديدة ومتنوعة منها علي سبيل التوضيح وليس الحصر الخوف والتهديد والإحباط، فالفرد الذي يقع دائماً تحت سطوه التهديد والعقاب والأذى والضرر، سرعان مايشعر بالضغط وعدم الاتزان، وهذا التهديد قد يكون في مجال الأسرة أو الأصدقاء أو العمل .. الخ .. وهناك مصادر للضغط تأتي من جملة المعايير والنظم الخاصة بالجماعة، والتي يشعر الفرد خلالها بعدم القدرة علي مسايرتها أو الامتثال لها، مما يسبب له الإحساس بالضغط والارتباك، وهناك مصادر للضغط تأتي من خلال لعب الأدوار التي يقوم بها الفرد والتي قد يفرضها الواقع عليه والتي لاتتناسب وإمكاناته وطاقاته واستعدادته، ويظل الفرد شاعراً بالضغط لكونه يتمثل أدواراً لاقبل له بها أو تحمل تبعاتها ومسئولياتها .. وهناك مصادر للضغط تتصل ببيئه العمل التي يعمل فيها الفرد ولايستطيع تحملها، وتسبب له الإحساس بالضغط وعدم قدرة الفرد علي مواصلة حياته الطبيعة لافتقاد العنصر المادي "الاقتصادي" وهناك مصادر للضغط تتصل بحالة الفرد الصحية ومايعتريه من اضطرابات بدنيه من قبيل الأمراض المزمنة والعمليات الجراحية، وهناك مصادر تتصل بشكل وطبيعة تفاعلات الفرد الاجتماعية مع الآخرين (الانجذاب / النفور) وهناك مصادر للضغط ترتبط بالنواحي الأكاديمية والواجبات التعليمية، حيث يشعر الفرد بإنه غير قادر علي استيعابها وتمثلها، مما يجعله في حالة دائمة من الإحساس بالضغط والتوتر، هناك مصادر للضغط تتصل بالأحداث الصادمة الطارئة من قبيل وفاة الأعزاء وفقدان الوظائف والأنفصالات الزوجية والطلاق والهجرة والتغيير المفاجئ لمكان الإقامة والاستقرار .. الخ .. نخلص مما سبق أن مصادر الضغوط عديدة ويمكن بلورتها في عدة نقاط:

(أ) ضغوط أسرية (فقدان الزوج أو الزوجة، عقوق الأبناء، عدم القــدرة علي الوفاء بمتطلبات الأسرة، فقد الوظيفة، عدم التوافق الزواجـــي، إدمان الأبناء، فشل ورسوب الأبناء دراسياً، غياب أحـــد الوالديـــن بالسفر أو الموت أو الانفصال" .. أن كل تلك المصادر من الضغوط قد تجعل الفرد في حالة دائمة بالإحساس بالضغط ومن ثم حـــدوث التوتر والقلق وعدم الاتزان الانفعالي والسلوكي معاً.

(ب) ضغوط صحية .. من حيث معاناة الفرد من أحد الأمراض البدنيـة من قبيل الصداع والضغط والأمراض المعدية المعويـــة، وتصلـب الشرايين، وأمراض القلق، والروماتيزم ، والضعف العام، فكل تلـك الأمراض تجعل الفرد في حالة من عدم التوافـــق الصحـــي، ممـا ينعكس علي توافقه الاجتماعي من حيث التفاعل مع الآخرين.

(جـ) ضغوط اقتصادية "عدم القدرة علي تلبية حاجات الأبناء، عدم القدرة علي إعالة الأسرة مادياً، عدم القدرة علي مجاراة الواقـــع المعـــاش لافتقاد العامل المادي، فقد الوظيفة المرتبطة بالعامل المادي، السـكن في أحياء فقيره وعشوائية ..الخ "..

(د) ضغوط نفسية تتمثل في الطبيعة النوعية للبناء النفسي للفـــــرد، من حيث كونه اعتمادي وغير قادر علي الحكـــم الجيـــد، والاندفاعيـــة والسلبية والتمركز حول الذات وأحادية الرؤية .. الخ.

(هـ) ضغوط دراسية "عدم القدرة علي استيعاب المقـــررات الدراســية، سوء العلاقة التفاعلية مع المعلمين والأقران فـــي بيئـــة المدرســة

الرسوب المتكرر في الاختبارات، المشكلات السلوكية المدرسية .. الخ.

واستجابة الفرد لكل نوع من المصادر السابقة قد يتوقف علي العديد من المتغيرات التي يمكن إجمالها في الآتي :

(أ) الفروق الفردية في ردود فعل الجهاز العصبي اللاإرادي .. فالأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث الاستجابات الفسيولوجية التكوينيه، فالبعض لديه القدرة علي رد الفعل السريع للاستجابه، والبعض لديه ردود وانعكاسات عصبية ضعيفة وبينهما تشكيله كبيرة من الدرجات.

(ب) كم وكيف الخبرات السابقة للفرد، فالأفراد الذين سبق لهم مواجهة نوعية معينة من الضغوط، نجدهم أكثر ألفه بها وبطرق حلها، بالمقارنة بآخرين يتعرضون للموقف الضاغط للمرة الأولي، فالخبرات السابقة تجعل الفرد أكثر قدرة علي الإفادة من انتقال أثر التدريب والممارسة..

(جـ) الفروق في الجوانب المعرفية والمعلوماتية .. فالأفراد ذوي الجوانب المعرفية والمعلوماتية الأكثر معرفة ودراية بخصوص الحدث الضاغط، قد يكون تعاملهم معه أكثر هدوءاً واتزاناً بالمقارنة بمن لايملكون المعطيات المعرفية والمعلوماتية المتصلة بالحدث، فالنمط الأول قادر علي التعامل العقلاني القائم علي وضع المقدمات وصياغة الأهداف والاستراتيجيات واختيار الوسائل الملائمة،

وصولا لحل الموقف الضاغط، علي حين أن النمط الثاني يتسم بالانفعالية الزائدة المصحوبة بالتخبط والعشوائية في عملية المواجهة..

د - الفروق في الجوانب الشخصية .. فالأفراد المستقلون وأصحاب الذات الإيجابية، والقادرون علي التفعيل والانجاز والتحكم الانفعالي والضبط الوجداني وقوة الأنا ووجهة الضبط الداخلية سيكونون أكثر قدرة علي مواجهة الأحداث الضاغطة من الاعتماديين والسلبيين والمنطويين والمنعزليين.

هـ - الدعم الاجتماعي والمؤازرة الإنسانية، فالأفراد الذين يتلقون الدعم النفسي الكافي "مشاعر الدفء" من خلال الآخرين الداخلين معه في دائرة من التفاعل ذو الأثر والتأثير المتبادل ، قد ينجحون في اجتياز أزماتهم الضاغطة بسلام، وذلك علي العكس من المنبوذين والذين تتسم علاقاتهم التفاعلية مع غيرهم بالفتور والضعف والنبذ، حينئذ يشعر الفرد بالفردية والانعزالية إزاء مايجابهه من ظروف ضاغطة.

ماهي الخصائص الشخصية التي تدفع بالفرد لمواجهة المواقف الضاغطة بشكل أكثر إيجابية :

أولا : هناك نمط من الأفراد يتسم سلوكهم العام بالمنافسة والمثابرة وروح التحدي والاستمرار في مواصلة الفعل، هؤلاء الأفراد عادة ما يكونون أكثر فعالية من أولئك الأفراد الذين يفتقدون روح المنافسة

والمبادرة وضعف الإنجاز وعدم القدرة علي الفعل وانعدام المثـابرة ومواصلة الجهد في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة فـالنمط الأول يتعامل مع الحدث الضاغط بوصفه مثيراً لملكاته واستعداداته، ويمثل له تحدياً علي المستوي الذاتي، الأمر الذي يدفعـه إلـي مواصلـة التصدي والوصول إلي الحلول المرضية، علي حين أن النمط الثاني يشعر بالفشل والإخفـاق لأن خصائصـه القائمـة علـي التوانـي والتكاسـل وافتقاد الجرأة والفعل معاً، مما يجعل الموقف الضـاغط يمثل له عنصراً للتهديد والارتباك بدلاً من كونـه عنصـراً مثـيراً للتحدي والمواجهة.

ثانياً: هناك نمط من الأفراد يتسم سلوكهم العام بـالقدرة السـريعة علـي التكيف مع الأحداث والظروف الخارجية، ولديهم سمات شـخصية أقرب إلي المرونة منها إلي الجمود والتصلب، لذا فهم أكـثر قـدرة علي مواجهة الأحداث الضاغطة بالمقارنة بأولئك الذيـن يفتقـدون القدرة علي التكيف، والنظر إلي الأحـداث مـن خـلال المنظـور الأحادي فقط.

رابعاً : هناك نمط من الأفراد يتسم سلوكهم بالتعديل والتغير والتبديل وفقـا للطبيعة النوعية لمحددات النضج الذاتيـة والظـروف والمحـددات الخارجية، علي حين أن هناك أفراد يتسم سلوكهم بالثبات والرتابـة والتكرارية فالنمط الأول يصبح أكثر تنوعاً في مواجهـة الأحـداث الضاغطة " كثرة الحلول والبدائل" .. علي حين أن النمـط الثـاني

ودائماً مايحصر نفسه في إطار "الحـــل الواحـــد" .. ممـــا يجعـــل مواجهتـــه للأحداث تتسم بالتصلب وعدم المرونة.

خامساً : هناك نمط من الأفراد يتسم سلوكهم بالتفاؤل فـــي النظـــر إلـــي الأحداث، وبأن الكبوات والأزمات سوف يعقبها نوعاً من الانفـــراج، علي حين أن هناك أفراد يتسم سلوكهم بالتشاؤم وعدم القدرة علـــي رؤية الأبعاد الإيجابية المستقبلية، فالنمط الأول يصبح أكـــثر قـــدرة علـــي التعامل مع الأحداث الضاغطة، نظـــراً للحالـــة الوجدانيـــة الإيجابية التي تسيطر عليه ، فالتفاؤل يدفعه لمواصلة الفعل، رغبـــة منه في عملية التحقيق ، علي حيث أن الإحساس بالتشاؤم والنظـــر إلي الحدث من منظور سوداوي، قد ينعكـــس علـــي فتـــور الهمـــة وضعف الدافعية ومن ثم اضطرب السلوك الإجرائي في التعامل مـــع الحدث الضغط (الاستسلام / السلبية)...

سادساً : هناك نمط من الأفراد يتسم سلوكهم بوضـــع الأحـــداث الكبـــيرة والمسببة للتوتر والارتباك في إطار بسيط ، الأمر الذي يمكنهم مـــن التعامل معها بهدوء، بعيداً عن شتي صور الانفعالات الفجة، علـــي حين أن هناك نمط دائماً مايلجأ إلي التهويل والمبالغة الشديدة بشـــأن الآثار المترتبة علي الحدث، إلي الحد الذي يصبحون فيه عـــاجزين عن التعامل معه بشكل يتسم بالعقلانية والاتزان.

سابعاً : هناك نمط من الأفراد يرون أن الأحداث الضاغط مهما عظمـــت، فهي بمثابة تراكم كمي وكيفي للخبرات، ومن ثم الإفادة منـــها فـــي

بلورة الذات وتحقيقها وتقديرها فيما بعد، علي حين أن هناك آخرين يعتبرون الموقف الضاغط بأنه نهاية المطاف، لأمر الذي يجعلهم يتعاملون مع الضغوط من منطق التجزئة والعشوائية، أكثر منها إلي التخطيط والتنظيم والإفادة من الخبرات السابقة.

الآثار السلبية المرتبطة بالأحداث الضاغطة.

قد يخلف الموقف الضاغط لدي الفرد العديد من أوجه سوء التوافق والتي تؤثر علي صحتهم العضوية والنفسية معاً والتي يمكن إجمالها في عدة نقاط.

١ ـ ظهور صور مختلفة للعدوانية، فالموقف الضاغط يحمل في الغالب سمة الإحباط، والذي قد لايقوي الفرد علي تحمله والتعامل معه بإيجابية، الأمر الذي قد يفسح المجال لشتي صور العدوان الصادرة من الفرد تجاه مصدر الإحباط (الموقف الضاغط).

٢ ـ النظرة السوداوية للحياة، فقد يصيب الحدث الضاغط الفرد بالإحباط والشعور باليأس والأكتئاب.

٣ ـ الشعور بالملل في كافة الجوانب والأعمال التي يقوم بها الفرد.

٤ ـ انخفاض في تقدير الذات.

٥ ـ ظهور القلق والصراع النفسي.

٦ ـ ضعف الدافعية والإحساس بالامبالاه.

٧ ـ تضاؤل فرص الإبداع والابتكار.

٨ - التقلبات والطفرات الانفعالية (الغضب، الاندفاعية، التذبذب الانفعالي.

٩ - التأثير علي الملكات العقلية "التركيز، الانتباه، الذاكرة.."

١٠ - الاضطرابات السيكوسوماتية العديدة (السكر، الضغط، فقدان الشهية، اضطرابات الجلد، القرح - الاضطرابات المعدية .

١١ - تدهور العلاقات التفاعلية مع الآخرين.

الصحة النفسية واستراتيجيات مواجهة الأحداث الضاغطة:-

تتمثل استراتيجيات مواجهة الضغوط في محددين..

الأول : يتمثل في مفهوم (التكيف) والذي ينقسم بدوره إلي :

(أ) دفاعات ترتبط بالموقف الضاغط (الهجوم، الانسحاب، الحلول التوفيقية).

(ب) ميكانيزمات الدفاع الخاصة بأنا الفرد.

الثاني: يتمثل في مفهوم (المواجهة) ..

يلجأ بعض الأفراد إزاء مايواجههم من أحداث ضاغطة، إلي اللجوء للهجوم علي مصدر الضغط لازالته والتخلص منه، وهذا النمط قد يزيد الموقف الضاغط حدة، وتعقيد لأن الاندفاعية والتسرع في عملية رد الفعل "الهجوم" قد يتنافي مع المنظور القائم علي معرفة المقدمات والأحداث الفرعية المكونة للموقف الكلي، مما يجعل الهجوم في هذه الحالة سببا في زيادة سلبيات الموقف ... وهؤلاء الأفراد عادة مايتسمون بالاندفاعية وعدم التروي، وعدم القدرة علي التكهن الإيجابي بردود الفعل الناجمة عن عملية

الهجوم المضاد، وإذا كان النمط السابق يلجأ إلي الهجوم السريع للتخلص من الآثار الصادمة للموقف الضاغط، فهناك أفراد قد يلجأون إلي الانسحاب من الموقف كلية، لعدم قدرتهم علي تحمل وتفعيل أي مواقف يتسم بالفعالية والإيجابية، وهؤلاء الأفراد لايعلمون أن الإمعان في الهروب وعدم المواجهة، قد يزيد الموقف الضاغط تعقيدا وتأزما، علي حين أن النمط الثالث من الأفراد يسعى للوقوف علي بعض الحلول التوفيقية (التلفيقية) عندما يدرك أن الهجوم أو الهروب بمفرده لن يؤدي إلي حدوث الاستجابة المتوقعة، حينئذ يلجأ إلي الاعتماد علي ميكانيزمات الدفاع للإقلال من حدة الأثر السلبي للموقف الضاغط من قبيل التبرير والإسقاط والإنكار والنقل والإزاحة والإلغاء والتكوينات العكسية والقمع .. الخ واستخدام الفرد لهذه العمليات منفردة أو مجتمعه لن يقلل من حدة الموقف الضاغط، بل أن العكس هو الصحيح لأن المواجهة هنا لم تنصب علي الحدث، بقدر الاهتمام بصورة الذات من التشويه والاضطراب..

إذا كانت العمليات السابقة تمثل الشق الأول لاستراتيجيات مواجهه الموقف الضاغط (الهجوم/ الانسحاب/ الحلول التوفيقية/ ميكانيزمات الدفاع) .. وكلها فيما نري حلول ناقصة، فإن المواجهة الفعلية للموقف الضاغط من حيث تحديد عناصره، وتحديد الأوزان النسبية لأهمية كل عنصر فرعي، وتحديد آليات التعامل ووسائله، وإخضاع العناصر للتجريب، والتعامل الإجرائي مع كل عنصر، والتكهن بمدي نجاح أو فشل الاستراتيجيات، والاختيار من ضمن البدائل العديدة، والاعتماد علي

الجوانب والمعطيات المعرفية والمعلوماتية بخصوص الحدث الضاغط، وتحمل الألم والمسئولية في سبيل التعامل مع كل عنصر .. كل هذه العمليات تعد أساس المواجهة الإيجابية للحدث الضاغط.

النظريات الخاصة بأحداث الحياة الضاغطة:-

أولا : النظرية الفسيولوجية .. تري هذه النظرية أن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة قد يمر بثلاث مراحل متتالية، يتصدرها الإنذار بالخطر، ثم المقاومة ثم الإنهاك، فالمرحلة الأولي عاده ماتجعل الفرد في حاله من عدم الثبات علي المستوي الفسيولوجي من قبيل زيادة ضربات القلق، وزيادة نسبه الأدرينالين وجفاف الحلق، واتساع حدقة العين، والإرتعاشات، والاضطرابات المعدية المعوية، وضيق التنفس .. وهذه الأعراض تبدأ في الظهور ظهور بمجرد الحدث الضاغط، ولابد من الإشارة إلي أن هذه الأعراض تتناسب حدتها مع الوزن النسبي للموقف الضاغط .. فوفاة عزيز للفرد، وفقد مبلغ صغير من المال، لايمكن اعتبارهما موقفان ضاغطان علي نفس القوة، ومن ثم نفس الأثر الفسيولوجي .. وبعد هذه المرحلة المبدئية تبدأ مرحلة إدراك الفرد للموقف، الأمر الذي يدفعه إلي ضرورة مقاومته والوقوف أمام الحدث الضاغط، وقد تؤدي هذه المقاومة إلي ظهور الأعراض المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية ثم تأتي المرحلة الثالثة وهي إحساس الفرد بالإعياء والإنهاك والإجهاد وعدم الكفاية .. وعلي الرغم من أن التسلسل الخاص بالمنظور الفسيولوجي قد يكون منطقيا من حيث حدوث

الترتيب (إنذار، مقاومة، إنهاك) .. إلا أن مدي نجــاح الفــرد فــي تحقيق المواجهة الإيجابية أو الحلول السلبية إنما يعتمد علــي مــدي سواء الفرد الجسمي، فالأشخاص المصابون باضطرابــات القلــب، واضطرابات إفرازات بعض الغدد، والأمراض المعدية والصدريــة، قد يكونوا أكثر انفعالا في المرحلة الأولي (الإنذار) بالمقارنة بغيرهم ممن لايعانون من هذه الاضطرابات، هذا فضــلا علــي أن هــذه الأعراض الفسيولوجية قد تتوقف شدتها علي المنظــور الإدراكــي للفرد تجاه الحدث، فالفرد الذي يضفي أهمية ادراكية كبــيرة علــي الحدث الضاغط، سيستجيب بأعراض فسيولوجية أكثر شدة وأكــثر تنوعا من آخر يعطي لنفس الحدث أهمية إدراكية أقل، كذلــك فــإن مرحلة المقاومة إما تأخذ الشكل الإيجــابي القــائم علــي الحلــول المرضية للذات والآخرين معا، وقد تكون مقاومة سلبية (هــروب، انسحاب، هجوم، ميكانيزمات) ومن ثم التأثير الفسيولوجي ســيكون أكثر حدة في الموقفين الآخرين أما المرحلة الثالثة (الإنهاك) .. فقط يكون الإنهاك بعد الوصول إلي الحلول الإيجابية وقد يكون الإنــهاك نتيجة للتعامل السلبي مع الحدث الضاغط، فالأول يشــعر بالســعادة ومظاهر الرضا بعد انتهاء الحدث علي حين أن الآخر مازال يتردي في دائرة الإنهاك السلبي لاستمراره في دائرة الحدث.

ثانيا: النظرية السلوكية .. تؤكد هذه النظرية أن أســلوب الفــرد فــي التعامل مع الضغوط يعد سلوكا مكتسبا، تم اكتسابه من خلال تكرار المواقف، ومن تم حدوث العادة، الأمر الذي يتطلب في المقابل القيام

بفك التشريطات السلبية، وتدعيم أساليب أخري أكثر كفاءة، وكلما تم تدعيم سلوك الفرد وإثابته في مواجهة مايعتريه من أزمات وضغوط، كلما أصبح سلوكه العام متسما بالإيجابية، وتري النظرية السلوكية ضرورة إحداث التوازن المطلوب بين شدة المثيرات الباعثة للضغط ونوعيتها وبين الاستجابة الصادرة من الفرد تجاهها.

ثالثا : النظرية المعرفية .. تؤكد هذه النظرية علي الجوانب المعرفية بوصفها الأساس في حدوث الاستجابة النوعية للمواقف الضاغطة، فالحدث في حد ذاته لايحمل سمه الضغط ، إلا في إطار مايحمله الفرد من معارف ومعلومات وادراكات تجاهه.. فالحدث الواحد قد يعد ضاغطا لأحد الأفراد، علي حين قد يكون مغايرا لدي فرد آخر، وفقا للتقيم المعرفي لكليهما، الأمر الذي يتطلب في المقابل ضرورة الوقوف علي الأفكار الخاصة بالفرد ومدي عقلانيتها، لأن تلك الأفكار تؤدي إلي ارتباك المستوي الانفعالي للفرد، ومن ثم التأثير علي المستوي السلوكي له.

كيف نواجه الضغوط ...

إن مواجهة الضغوط والأزمات تتطلب ضرورة تحديد عدة عناصر : -

أولا : الخصائص المميزة للفرد المعني بمواجهة الضغوط، فالتعرف علي سماته وخصائصه الشخصية ومهاراته وقدراته تعد الخطوة الأولي في سبيل تدريبه علي مواجهة الضغوط، ويمكن الوقوف

علي هذا المستوي من خلال تطبيق الاختبارات المقننة (الموضوعية) والاختبارات الإسقاطية، وبطاريات اختبارات القدرات العقلية والمهارات المكيانيكية، فضلا عن التعرف علي اتجاهاته وقيمة ومعتقداته وآراؤه .. فالتحديد الدقيق لمثل هذه الجوانب قد يعطي المدرب فرصة كافية لوضع التصورات الإجرائية في البرامج الخاصة بمواجهة الضغوط.

ثانيا: تحديد الطبيعة النوعية للمثيرات الضاغطة، ومدي شدتها وتكراريتها، والظروف الموقفية المحيطة بها، وكيفية إدراك الفرد لها.

ثالثا : الرصد الدقيق للطبيعة النوعية للاستجابة الصادرة من الفرد تجاه الموقف الضاغط ، وماهو الأسلوب الدائم في عملية المواجهة "الانسحاب، الهروب، التوفيق بين الحلول، الإنكار .. الخ".

رابعا : وضع التصورات الإجرائية وفقا للعناصر الثلاثة السابقة.

(أ) البدء في الإرشاد والتوجيه النفسي في حال وجود بعض الخصائص النفسية السلبية "الاعتمادية، الخوف، ضعف الأنا، انعدام الثقة بالنفس، اضطراب صورة الذات، الانطوائية، الاندفاعية، وجهة الضبط، .. الخ).

(ب) التعديل البيئي والمحددات المرتبطة به، إذا كانت المثيرات الضاغطة يمكن الإقلال من حدتها أو تعديلها..

(ج) تدريب الفرد علي كيفية تعديل أفكاره اللاعقلانية، والحديث مع النفس، وضبط الذات، والتدعيم والإثابة، والتحصين ضد الضغوط ، حيث يتم الوقوف علي البرنامج الذي ينفق وخصائص الفرد ويتفق كذلك مع خصائص الموقف الضاغط.

نموذج إجرائي للتحصين ضد الضغوط لدي الأطفال

يمكن مساعدة الأطفال في الإقلال من حدة الضغوط التي قد تعصف بهم؟

يمكن تحصين الأطفال ضد الضغوط قبل أن تحدث من المنظور الوقائي؟

ماهي الملاح المميزة للبرامج التدريبية الخاصة بإمكانية مواجهة الضغوط لدي الأطفال؟

أن هذه التساؤلات وغيرها الكثير تعد من الموضوعات المطروحة وبشدة في مجال التراث البحثي النفسي الخاص بالضغوط لدي الأطفال.. ولعل المبرر الكامن وراء انتشارها بهذا الشكل المترامي، هو أن تشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية لدي الأطفال لابد أن يعقبه محاولات إجرائية لكيفية الإقلال من تلك الاضطرابات حتي لايحدث مزيدا من الاضطرابات فيما بعد حينما يدخل الابن عالم الراشدين بكل مايحويه من مشكلات وتفاعلات أكثر تعقيدا . فلقد أشار العديد من الباحثين إلي أن معظم الأطفال قد يعانون من الصعوبات الخاصة بالإخفاق الدراسي الأكاديمي، ونقص المهارات الاجتماعية اللازمة لعملية التواصل والاتصال .. وهذه الاضطرابات قد يواجهها علي الجانب الآخر

تفعيلات مرضية من قبيل العدوانية والسلوك الاجتماعي والنشاط الزائـــد والقلق والاكتئاب وعدم النضج وهذه التفعيلات كما يري البـــاحثون قــد تتعارض بدورها مع العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الأمر الذي يوضـــح كم وكيف الضغوط التي قد يتعرض لها الأطفال وكذلك من يقومون علي أمر رعايتهم وتنشئتهم (Zaragoza et al :1987 Kauffman, 1985) (Ruhl Berlingtlofi. 1992) وتزداد الحاجة إلي البرامج التدريبية لمواجهة الضغوط لدي الأطفال أهيمة، إذا أخذنا في الاعتبار أن تلك الســـلوكيات المضطربة غالبا ماتجعل هؤلاء الأطفال يعانون من الرفض الاجتمـــاعي بشكل كبير من أقرانهم . (Saborinie 1987 Kauffman, 1985).

(Sabornie et al 1990) (Saborinie, 1987) والرفـــض الاجتماعي للطفل قد يدفعه في المقابل إلي الكـــف عـــن الدخـــول فـــي العلاقات الاجتماعية مع الأقران من قبيل الكف عن الذهاب للمدرســـة، والجنوح وارتكاب بعض الجرائم التي لاتتفق وجملة المعـــايير والأطـــر السائدة للجماعة، ومشاكل الصحة النفسية في مراحل متقدمـــة "مرحلـــة الرشد" (Parker& Asher, 1987) ومابين السبعينات والثمانينات من هذا القرن طالعنا الباحثون بالعديد من البرامج التدريبية الرامية للإقلال مـــن حدة الضغوط لدي الأطفال، يمكن الإشارة لبعض هذه الـــبرامج للتدليـــل علي أهميتها برنـــامج التعـــاقد الســـلوكي Behavior – contracting (Rutherford &Polsgrov 1981 اقتصـــاديـــات اليونـــات (,Kazdin Token (1977 – (Brantner & Doherty 1983 Economies

Time – aut برنامج احتمالات التهيؤ مع المجموعة Hayes, 1976.
Oriented Conted Contingencies – Group .

وبرنامج تكلفة الاستجابة (Response- Cast) (Walker, 1983)

أن هذه النماذج التدريبية تم تطويرها بشكل جيد وتم بحثها وتطبيقها بنجاح عن أعداد كبيرة من الأطفال وفي أماكن متعددة وسلوكيات مضطربة كثيرة، وأن كان النقد الموجه إليها هو إفتقارها للعمومية وعدم الحفاظ علي المكاسب العلاجية علي المدي الطويل نسبيا، وهناك انتقاد شائع موجهه للإجراءات التدريبية المبنية علي أساس العوامل المؤثرة وهو أنها أخفقت في أن تأخذ في اعتبارها أن الصغار ربما لايمتلكون المهارة المطلوبة لإظهار واستخدام السلوكيات الملائمة (:Kennedy 1982) ومع ذلك علينا أن نتفق أنه من خلال استخدام التعليمات، والنماذج، والتمارين السلوكية، ولعب الأدوار يمكن تعليم الأطفال المستهدفيين قدرا كبيرا من المهارات والسلوكيات الهامة التي تقلل بدروها من حدة الضغوط الناتجة عن إضطرابهم (Bandura, 1977) ويمكن التدليل علي ذلك أنه أثناء عقد الثمانينات كثرت البرامج التدريبية الخاصة بالمهارات الاجتماعية، واستخدمت لعلاج العديد من المشكلات الطفلية وعلي مستوي الرشد أيضا مثل الاكتئاب (Maag, 1988) والانسحاب الاجتماعي Conger, 1981 والمخاوف المرضية (Heimberg et al 1987) وضعف الانتباه والنشاط الزائد (Guevremont, 1990) والعدوانية واضطرابات السلوك (Bornstein et al : 1984).

وبالرغم من الذيوع الشديد لمثل تلك البرامج إلا أنه معظم الانتقادات التي وجهت لبرامج التدريب علي المهارات الاجتماعية لدي الأطفال كأحد تكنيكات الإقلال من حدة الضغوط، يتبلور في فقدان تلك البرامج للاهتمام الخاص بالعلاقة بين إجراءات التدريب والسمات الممعنة في الذاتية لدي المستهدفين بعملية التدريب، خاصة أن لكل طفل خصائصه وسماته الشخصية المميزة له والقاصرة علي هو التي قد تتعارض مع سمات أطفال آخرين قد يشتركون معه في الملامح العامة للاضطراب العام . (Wood &Kiehl,1986).

ففي برامج التدريب علي المهارات الاجتماعية قد ينصب البرنامج علي تدريب وتعليم الأطفال علي كيفية القيام الكفء بالاتصال مع الآخرين من خلال النظر أو تحسين وضع الجسد أو زيادة إثارة الأسئلة دون أن يكون هناك لدي القائمين بتلك البرامج أدلة تجريبية قاطعة حول ما إذا كان الأطفال المستهدفين بالتدريب عاجزين بالفعل فيما يتعلق بتلك المهارات أم لا .. الأمر الذي دفع بالعديد من الباحثين إلي توجيه الاهتمام بالمشكلات الأكثر عمومية لدي الأطفال وليس الأعراض السطحية أثناء عملية التدريب من قبيل تدريب الأطفال علي كيفية التحكم الملائم في الذات، وحل المشكلات، والإقلال من حدة العجز الادراكي، وكيفية مواجهة الضغوط الفعلية البيئية التي تقف حائلا أمام الأداء الفعال. (Maag, 1992).

ويمكن تقديم الدليل علي عجز بعض البرامج التدريبية للمهارات الاجتماعية في تأكيدها علي الجوانب التفعيلية العرضية وإهمالها

للمشكلات الرئيسية، فالطفل الذي يفتقد المهارات الضرورية للانخـــراط في مباراة كرة القدم مع أقرانه قد لايجدي معه في هذه الحالـــة الـــبرامج الرامية إلي المبادءة في المحادثة والمناقشة وتقيم الذات فعلي الرغم مـــن أهمية هذه الجوانب إلا أنها لن تستطيع الإقلال من حدة شعوره بالضغط، نظرا لانخفاض كفاءته في اللعب في مقابل أقرانه الذين يُتمتعون بالكفاءة العملية، وحتي إذا تم الافتراض أن هذا الطفل تم تدريبه بكفـــاءة علـــي الجوانب السابقة "المجاذفة، المناقشة، الجرأة، تقديم الذات بشكل إيجـابي" إلا أنه سيجد نفسه في النهاية مدفوعا للابتعاد عن أقرانه أثناء اللعب لأنه يشعر أنهم اكفأ منه وأنه أقل منهم .. في هذه الحالة ينبغي علي الـبرامج التدريبية التركيز علي جوانب أخري تعويضية من قبيل التدريب علـــي التعليم الذاتي الذي يركز علي إحلال معتقدات وأفكار أكثر ملاءمة محـل الاعتقادات السلبية (Kaneer &Karoly, 1982) (Gross& Drabman 1982) أن تحديد البرنامج التدريبي للأطفال الصغار لابد أن يأخذ فـــي الاعتبار الطبيعة النوعية لخصائص الطفل الصغير بعيدا عن التعميمـات المفرطة التي تري أن الأطفال جميعا يشتركون في خصـــائص واحـدة بغض النظر عن التباينات فيما بينهم.

وقد أسفرت الجهود البحثية في تصميم برنـــامج يتسـم بالعموميـة والخصوصية في أن واحد لمواجهة الضغوط لدي الأطفال يطلق عليــه "التدريب علي التحصين ضد الضغوط Stress inoculation Training. (Sit)) ذلك البرنامج الذي تم تطويره كطريقة علاجية للسيطرة علي القلق والغضب والألم لـــدي الأطفـــال ((Meichenbaum &Turk, 1976

(Novaco, 1979)) ويتبلور الهدف العام لهذا البرنـــامج فـــي مســـاعدة الأطفال والراشدين علي تطوير استخدام العديد من المهارات التي تمكنهم من التغلـــب علي العديد من المواقف المسببة للضغوط، ويتألف برنامج Sit من ثلاث مراحل : المرحلة الأولي يطلق عليها مرحلـــة المفـــاهيم "المفاهيميه" Conceptualization والمرحلة الثانية يطلق عليها اكتســـاب المهارات والتدريب (Skills Acauistion and Rehearsal أما المرحلة الثالثة : التطبيق والمتابعة Application and Follow Through وفي المرحلة الأولي من Sit يتم الوقوف بدقة علي طبيعة الاضطراب الـــذي يعاني منه الفرد المستهدف بالتدريب مثل القلق والغضـــب والعدوانيـــة والاكتئاب، وترجع أهمية هذه المرحلة في أنها تعطي للقـــائم بالبرنـــامج التدريبي فرصة اختيار الوسائل والمفـــردات التدريبيـــة التـــي تتناســـب والطبيعة الدينامية لكل اضطراب علي حدة.

أما المرحلة الثانية فتتضمن التدريب الفعلي علـــي المـــهارات ذات الصلة بالاضطراب المستهدف للتعرف علي كيفية حل المشكلة والإقـــلال من حدة الضغط المرتبط بها، وفي هذه المرحلة يتـــم اختيـــار أســـلوب المعالجة سواء كان ادراكيا أو سلوكيا أو معرفيا وفقا لطبيعة التباينـــات بين الأفراد، أما المرحلة الثالثة فتتجلي في قيـــام الأفـــراد المســـتهدفين بالتدريب علي استخدام مهارات التغلب علـــي الضغـــوط، بحيـــث يتـــم تزويدهم بجرعات متدرجة من المواقف الضاغطة وتسجيل ردود الفعـــل بحيث يأخذ المدرب في الاعتبار الابتعاد عن المواقف التدريبيـــة التـــي

تتضمن مواقف غاية في الشدة حتى لايحدث الإنــهاك بالنسـبة للطفـل (Stokes &osnes, 1988)

وقد لاحظ كل من Kendalle & Bemis ١٩٨٣ عدة مزايا للـ Sit باعتباره أكثر طرق التدخل شمولا، بحيث يمكن استخدامه بواسطة العديد من المتخصصين في أماكن مختلفة، فعلي سـبيل المثـال إلـي جـانب استخدامه في علاج الغضب والقلق، تم استخدامه فـي مجـال مسـاعدة المرض علي تحمل الأم العمليات الجراحيـة (Kendall et al 79) وتدريب ضباط الشرطة ومعلمي المدارس الثانوية (Forman : 1983) وتدريب الرياضيين علي كيفية المعالجة والتعامل مع الانتقادات.

(Kirsche ıbaum et al 1984)

وبالإضافة إلي ميزة الشمولية لبرنامج Sit فإنه يعد مـن الـبرامج القائمة علي التسلسل المنطقي في إحداث التعديـل المطلـوب للأفـراد المستهدفين من حيث قيامه علي تحديد الخصائص النوعية للاضطرابـات أو السلوكيات المستهدفة وكذلك طبيعة الأفراد موضوع التدريب، وكذلـك الانطلاقة من فكرة تحديد المفاهيم ثم اكتساب المـهارات ثـم تطبيقـها إجرائيا .. كذلك من ضمن مميـزات ال Sit تأكيده علـي الممارسـة الفعلية للمهارات واستخدامها في التعاملات والتفاعلات اليومية، الأمـر الذي قد يزود الأفراد بخبرات ناجحة في التعامل مع مستويات عديدة من الضغوط، وبناء دفاع مستقبلي يساعدهم في التغلب علي مواقـف أكـثر صعوبة.

ومع أن تنفيذ برنامج الـ Sit ينقسم إلي ثلاث مراحل كما أسلفنا "المفاهيمة – اكتساب المهارات والتدريب – التطبيق والمتابعة) .. إلا أن هناك تباينا بين الدراسات في الأسلوب الذي يتم به تنفيذ هذه المراحل، فلقد حدد جاريمكو، ١٩٧٩ عدة مشاكل تتعلق بـ Sit.

أولا : ليس من الواضح ما إذا كان تعليم الأفراد عن طبيعة مشكلاتهم المحددة في المرحلة الأولي له أيه آثار إيجابية علي فعالية العلاج بشكل عام.

ثانيا : المدي الذي يصل إليه تداخل مهارات الاسترخاء البدني والتي تأسست بشكل روتيني في المرحلة الثانية مع التقنيات الإدراكية، والادراكية السلوكية، بالإضافة إلي الفعالية العامة الSit هو أمر غير مؤكد.

ثالثا : ليس من الواضح ما إذا كانت المرحلة الثالثة (التطبيق) هي أكثر فعالية عندما يمارس الأفراد المهارات المكتسبة مع الضغوط الحقيقية أو المتخيلة، وكذلك حجم التعرض للضغوط الضروري للحصول علي أقصي أفاده ممكنة من العلاج.

وبناءا علي ماسبق قدم جاريمكو (Jaremko 1979) نموذجا معدلا للتحصين ضد الضغوط، بحيث حاول من خلال هذا النموذج إضافة التماثل والانتظام إلي Sit ليكون أكثر مرونة في التطبيقات العلاجية والبحثية في نفس الوقت الذي تتحقق فيه المرونة الكاملة، وتنصب تعديلات جاريمكو علي المرحلتين الأولي والثانية، فعلي سبيل المثال فقط

فضل استخدام نسخه معدله من نموذج شاكتر الادراكي للضغوط لتعليم الأفراد أثناء المرحلة الأولي وحسب هذا النموذج فإن الضغوط تعد حلقة وسطي بين المؤثرات البدنية والإدراكات التلقائية والتعبيرات الذاتية السلبية ، ووفقا لهذا النموذج فإن فاعلية الـ Sit ستعتمد في المقام الأول علي طبيعة أوجه العجز لدي الأفراد المستهدفين بالتدريب التي يتم التعرف عليها وتحديدها ...

وسنعرض الآن لمراحل الـ Sit كما أوردها ميكينبوم Meichenbaum 11985 بشئ من التفصيل..

أولا : المرحلة الأولي : المفاهيم

حسب ميكينبوم فإن الغرض من المرحلة الأولي يتبلور في ثلاث أهداف فرعية..

أ – تأسيس علاقة علاجية مع الفرد.

ب – جمع معلومات تقيمية تتعلق بالنمط المحدد لأوجه عجز الفرد وأوجه القوة لديه.

جـ – فهم مشكلة الفرد كمشكلة قابلة للتغير والحل.

- أن تطوير العلاقة العلاجية مع الفرد المستهدف يتأثر بالعديد من العوامل في العلاقات بين الأفراد بحيث تدور جميعها حول ثلاث مكونات الحب والاحترام والثقة (Goldstein & Higginboth 1991) وربما كانت الطريقة الأكثر موضوعية لزيادة الإذعان للبرنامج التدريبي Sit هي من خلال التأكيد علي استخدام مهام ذات صلة

وملائمة للمشكلة موضوع التدريب، وإعطاء اختيارات للفرد المستهدف، وتقديم المهام في شكل مقبول له، وجعل المهام صغيرة ومتماسكه وبسيطة، وجعل الفرد المستهدف ينخرط بنشاط في ابتكار المهام (Anderson & Stewart, 1983) وبصفة عامة فإن النقطة الهامة والمتعلقة بتطوير العلاقة العلاجية في الـ Sit هي أن أهداف المعالج في المرحلة الأولي تتبلور في حث الفرد كمتعاون في برنامج العلاج، وكذلك للمشكلة التي يتم علاجها، وكمسهل في عملية تغيير السلوك (Waterhouse &Strupp, 1984).

أما بخصوص تجميع المعلومات التقيمية عن طبيعة الأداء الملاحظ وأوجه العجز فيه، فهي غالبا المكون الأكثر أهمية في المرحلة الأولي، فالمعلومات المجمعة هي التي تحدد في النهاية كيفية فهم المشكلة من قبل الفرد المستهدف، وتستخدم كمرشد في اختيار تقنيات التدخل العلاجي الملائمة والتي سوف تستخدم في المرحلة الثانية.

ولقد تم تطوير بعض النماذج الخاصة بتحديد أوجه العجز في الأداء لدي الفرد المستهدف، منها النموذج الخاص بجريشام واليوت ١٩٨٤ حيث يقسم هذا النموذج مشاكل المهارات الاجتماعية لدي الطفل إلي، عدة أبعاد (Gresham & Elliot, 1984).

- أوجه عجز في المهارات ، اوجه عجز في الأداء، أوجه عحز في التحكم الذاتي ، أوجه عجز في أداء التحكم الذاتي.

إن التفرقة بين هذه الفئات الأربعة تعتمد علي ما إذا كان الصغار يعلمون أم لا كيفية أداء المهارة المطلوبة.

وقد وصف كل من هوجيز وهول (Hughes &Hall, 1987) نموذجا مماثلا من خلال دمج المدارك الاجتماعية الصحيحة وغير الصحيحة مع عناصر عدم وجود أخطاء، العجز في مهارة سلوكية معينة، عجز إدراكي، عجز إدراكي سلوكي، وهذه النماذج تعد من وجهه نظر كل من هو جيز وهول ملائمة لإطار عمل الـ Sit لأنها تخاطب تأثير الضغوط علي اكتساب وأداء المهارات، بالإضافة إلي أنها تتصل بكل من العوامل السلوكية الإدراكية التي تساهم في أوجه عجز الأداء التي تتم ملاحظته.

ولكي يكون تقيم الـ Sit إيجابيا فعليا فإنه ينبغي التركيز كذلك علي تحليل تأثير العوامل البيئية علي المشكلة التي يتم إلتعرف عليها وتحديدها، فعلي سبيل المثال فإن برنامج Sit ينظر فقط باتجاه العوامل الشعورية كموثر علي اكتساب المهارة والأداء، علي حين أن العوامل البيئية قد تكون أكثر تأثيرا، فالقرناء إما أن يدعمون طفلا لكي يتصرف بشكل غير ملائم أو أن يهملونه عندما يتصرف بشكل ملائم ، ونتيجة لذلك فالطفل ربما يحوز المهارات الضرورية لكي يتصرف بشكل ملائم، ولكنه لايستطيع استخدامها بسبب المستويات المتدنية من دعم الاستجابة المحتملة.

- أما بخصوص مرحلة إعادة ترسيخ المفاهيم وهي المظهر الأخير من مظاهر المرحلة الأولي، فهي تتبلور في إمداد الفرد بإطار عمل معقول لفهم طبيعة مشكلته، فلقد أظهر ميكينبوم ١٩٨٥ أن العديد من الأفراد الذي يلتحقون بالبرنامج لديهم فهم قاصر ومشوش عن مشكلاتهم، ولكي يتم التعامل بكفاءة وفعالية مع تلك المشكلات فإنه يجب علي الفرد المستهدف تجميع وتحليل بيانات عن العديد من المصادر وثيقة الصلة بمظاهر العجز لديه خلال فترة معينة من الوقت، بحيث يصبح كل من المعالج والمستهدف بالعلاج في إطار من التعاون لاكتشاف المظاهر الهامة من المشكلة، وتطوير الحلول اللازمة لها. ومعظم النماذج المستخدمة لإعادة فهم مشكلة الفرد مبنية علي فهم القلق والضغوط والتي تتألف عادة من سلسلة من المراحل تتضمن:

أ) التحضير لمسببات الضغط.

ب) مواجهة مسببات الضغط.

ج) الدعم الذاتي لمواجهة الضغط.

وقد ذكر بيكنبوم ١٩٨٥ أن النموذج التنظيمي والإدراكي المحدد والذي تم تقديمه من خلال الـ Sit ربما لايكون مرتبطا بالضرورة بالضغوط أو القلق، فعلي سبيل المثال ربما ينخرط الصغير في سلوك مسبب للمشاكل بسبب الاهتمام السلبي الذي يلاقيه من أقرانه، في هذه الحالة فالعوامل البيئية وليس القلق أو الضغوط هي المسئوله عن عجز الأداء، لذا فالنموذج المفاهيمي حينئذ سيساعد الصغير علي فهم الدور الذي

يلعبه الأقران في الحفاظ علي السلوك غير الملائم أو منع أداء أو اكتساب الاستجابة الملائمة.

ثانيا : اكتساب المهارات والتدريب عليها

تركز هذه المرحلة الثانية من الـ Sit علي إمداد الفرد المستهدف بمهارات الكفاح ضد الضغوط، ومهارات المواجهة هذه قد تنقسم بدورها إلي فئتين.

١ - ملطفة "تهيئة الشعور".

٢ - مساعدة /مفيدة "مركزة علي المشاكل Lazarus &Launier, 1978) ويلجأ الـ Sit في هذه المرحلة إلي الاعتما علي أكثر من تكنيك علاجي مثل التدريب علي الاسترخاء، وتقوية التهيئة الشعورية، التدريب علي حل المشكلات، التدريب علي التعلم الذاتي، التحكم في الذات، اعادة الهيكلة الإدراكية، استراتيجيات التعرف علي العوامل البيئية، والمهارات التي يتم تعلمها أثناء هذه المرحلة تمثل غالبا المظهر الأكثر أهمية لـ Sit، وقد ذكر ميكنبوم أن مهارات الكفاح المستخدمة في المرحلة الثانية يجب أن تكون ملائمة للحاجات المحددة للأفراد المستهدفين بالتدريب، فعلي سبيل المثال فقط اقترح تدريبا للتحكم الانتباهي للمرضي المتألمين، ومهارات الاتصال للتحكم في الغضب لدي المرضي غير القادرين علي التحكم في نوبات الغضب لديهم، وإعادة الهيكلة الادراكية لعينات من الأفراد الضحايا.

ثالثا : التطبيق والمتابعة :

أن التركيز الأساسي في هذه المرحلة الثالثة ينصب علـــي مســـاعدة الأفراد في استخدام مهاراتهم المكتسبة حديثا في مواقف الحياة الحقيقيـــة، من أجل توسيع قاعدة التعميم والحفاظ علي التأثيرات العلاجيـــة، وهـــذه المرحلة من التدريب تمثل الأساس المنطقي الSit بحيث يتـــم تعريـــض الفرد لجرعات متزايدة وتدريجيا من الضغوط المصممة لتنشـــيط وليـــس إنهاك مهارات الكفاح والمواجهة لديه، بطريقة لعب الأدوار، والاحتمـــال الضعيف أن يعود الأفراد إلي الأساليب القديمـــة الموجـــودة لديـــهم مـــن السلوكيات عند مواجهة مواقف الحياة الحقيقية.

والحقيقة أن الميل إلي تعميم إمكانية الـــ Sit في مواجهة التنوعـــات المتعددة من الاضطرابات انما يعتمد وفقا لـــ Stokes ١٩٧٧ علي ثلاثـــة مبادئ أساسية.

أولا : لابد أن يتضمن التدريب علي برنامج الـــ Sit علي دعم الآخريـــن المحيطين بالفرد المستهدف بالعلاج، وذلك ببساطة لأن السلوك الذي يتم تعديله أو تغييره أثناء جلسات التدريب في حاجة إلي تدعيم أثناء ممارسته في صورة سلوك فعلي مع محـــددات الواقـــع الخـــارجي، فالتدعيم هنا يعد مثابة الضمان التعزيزي لامكانية تكرار هذا السلوك بشكل إيجابي حتي لايحدث نوعا من التناقض بين ما يتـــم تدريـــب الفرد عليه وردود الأفعال التي يحصل عليها من قبل من يتفـــاعلون معه، في هذه الحالة يمكن القول بأن التأثيرات الايجابيـــة الـــ Sit

يمكن تعميمها إذا كان الأفراد الآخرين الموجودون في البيئة الطبيعية للفرد مثل الوالدين والمعلميين والأقران .. الخ يدعمون السلوكيات المكتسبة حديثا من قبل الصغير المستهدف بالتدريب.

ثانيا : يجب أن يأخذ التدريب علي المهارات تشكيله التبايات في المواقف والتفاعلات الخارجية فتدريب الفرد علي التخلص من القلق لابد أن يمتد ليشمل قدرته علي مواجهة القلق في كافة الظروف الموقفية التي تتسم بالقلق، من هذا المنطلق فإن برنامج الـ Sit ينبغي أن يتطور من الشكل الهيكلي المصمم تدريبيا إلي الشكل الذي يؤدي إلي حدوث تنوع في مواجهة المواقف العديدة والمتنوعة.

ثالثا : هناك مايطلق عليه بالوسائط الوظيفية "بمعني المحفزات التمييزية" والتي يجب أن يتضمنها التدريب، وذلك حتي تصبح المهارات التي تم التدريب عليها ذات إمكانية للحدوث والظهور عند تعميمها، فالمرحلة الثالثة تعطي الفرصة لعمل تنوع في الخلفيات الطبيعية أثناء العلاج وفي نفس الوقت تزود الفرد بالاستخدام العملي لمهاراته.

وهناك العديد من الدراسات التي تصدت لبرنامج التدريب علي التحصين من الضغوط لدي الأطفال والمراهقين سنعرض لبعض منها، حتى يتضح مدي فاعلية البرنامج، وكذلك طبيعة التصميم البحثي الخاص به.

١ – دراسة Feindler, 1986 .. قام الباحث بتطبيق برنـامج الـ Sit علي مجموعة من الأطفال الذكور بلغ عددهم ٢١ طفـلا بمعـدل عمري بلغ متوسطه ١٥,٤ عام، ممن يعانون من صعوبة التحكـم في انفعالاتهم أثناء نوبات الغضب، ويحتاجون إلي تدريـب علـي التحكم في تلك النوبات ، وتم تنفيذ البرنامج فـي أحـد الأمـاكن المخصصة للعلاج النفسي، وقد أعتمد الباحث في دراسـته علـي التصميم الخاص بالمجموعتين التجريبية والضابطـة بعـد القيـام بإجراءات الضبط والمضاهاة بينها علي كافـة الأبعـاد الأخـري باستثناء متغير " الغضب" والذي يعد المتغير الرئيسـي للبرنـامج التدريبي من خلال الـ Sit.. ومن ضمن المقاييس السـيكولوجية التي أعتمد عليها الباحث في تحديده للربيع الأعلي "أكثر الأفـراد وقوعا في الغضب وعدم القدرة علي التحكم فيه" أختبار Scrsdhs "مقياس معدل التحكم الذاتي" واختيـار Mfft (إختيـار المظـاهر المألوفة المتكافئة) أما الجلسات الخاصة بالبرنامج فقد تم تنفيذهـا من خلال لعب الأدوار وتقيم الملاحظات السـلوكية مـن خـلال التفاعل اللفظي أثناء جلسات التدريب، وقد تم تنفيذ البرنامج خـلال فترة زمنية قوامها ١١ أسبوع بواقع ١٢ جلسة تدريبية بلغ متوسـط الزمن في كل واحدة منها ٤٥ دقيقة .. وقد خرجت الدراسة بعـد التطبيق البعدي لاختباري Mfft, Scrs بـأن العينـة التجريبيـة أصبحت أكثر قدرة علي التحكم الذاتي في نوبات الغضب وأكـثر

سهولة في التفاعل الايجابي مع الآخرين بالمقارنـــة بالمجموعـة الضابطة.

٢ – دراسة Feindler, 1984 .. إذا كانت الدراسة الأولي انصبت علـى نوبات الغضب وعدم القدرة علي التحكم الذاتي فيـه، فـإن هـذه الدراسة تعرضت لمفهوم الإنهاك النفسي "الاحتراق النفسي" لـدي عينة من الأطفال بلغ عددهم ٦٣ طالبا بمتوسط عمر مقداره ١٣,٨ عام .. واستخدم الباحث في سبيل تطبيق برنامج ال Sit نفـس التصميم التجريبي القائم علي تطبيق الأدوات السيكومترية وتحديـد الربيع الأعلي " أكثر الأفراد معاناة من الإنهاك النفسي" ثم تقسيمهم إلي مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة .. وقد اسـتخدم الباحث في كلا التطبيقين (القبلي/ البعدي عـدة اختبـارات مثـل اختبار Meps (قائمة وسائل حـل المشـكلات) واختبـار Scrs (مقياس معدل التحكم الذاتي) واختبار Mfft (اختيـار المظـاهر المألوفة المتكافئة) وقد بلغ عد الجلسات الخاصة الـ Sit "نصف أسبوعية" بواقع ٥٠ دقيقة لكل جلسة وقد استغرق الأمـر سـبعة أسابيع، وقد اسفر التطبيق البعدي وجود فـروق دالـة إحصائيـا لصالح المجموعة التجريبية في القدرة علـي حـل المشكـلات، والقدرة علي التحكم الذاتي، والتمزق "الإنهاك النفسـي" .. ولـم تقف الدراسة عند هذا الحد بل قام الباحث بتطبيـق الاختبـارات وتسجيل الملاحظات كنوع من المتابعـة بعـد انقضـاء خمسـة أسابيـع من انتهاء البرنامج، وأشارت النتـائج بدروهـا إلـي

حـــــدوث نوع من التحسن المستمر من خـــلال الانـــهماك فـــي محددات البيئة الفعلية الخارجية.

٣ - دراسة Hains, 1991 .. قام الباحث بتطبيق برنامج الـ Sit علـــي مجموعة واحدة من الأفراد الذكور بلغ عددهم ستة تتراوح أعمـــارهم من ١٥-١٧ عام ممن يعانون حالات القلق والغضـــب، وقـــد قـــام الباحث بتطبيق العديد من الاختبارات عليهم مثل اختبـــار STAXI (حالة وسمة القلق) واختبار RADS (مقياس الكآبه لدي المراهقيـــن) واختيار CSE (قائمة حالة وسمة الغضب (قائمة الاحترام الذاتـــي) واختبار APESdhs (مقياس الأحداث التي يدركـــها المراهقـــون) واختبار CSE (قائمة الاحترام الذاتي) وقد بلغ عدد الجلســـات ١٥ جلسة تدريبية بواقع ٤٠ دقيقة لكل جلسة، بواقع مرتيـــن أســـبوعيا، وقد أشارت النتائج النهائية للتطبيق حدوث نوع من التحسن الإيجابي في مستويات القلق والغضـــب والاكتئـــاب، فضـــلا عـــن الإدراك الايجابي لاحداث الحياة لديهم.

٤ - دراسة ١٩٩٠ Haims& Szyyakawski 1990 قـــام الباحثـــان بتطبيق برنامج الـ Sit علي مجموعة من الذكور بلغ عددهـــم ٢١ بمتوسط عمر مقداره ١٦ عـــام .. وقـــد لجـــأ الباحثـــان لأســـلوب المجموعتين التجريبية والضابطة، وقد تم تحديد المجموعة الأكـــثر غضبا وقلقا وضعف الاحترام للذات مـــن خـــلال تطبيـــق بعـــض المقاييس مثل CSE (قائمة كوبر سميث للاحترام الذاتي) وإختبـــار BDI (قائمة Beck للاكتئاب).. وقد أشارت نتائج إجراء البرنـــامج

إلي وجود تحسن وفروق دالة بين مجموعتي الدراسة لصالح العينة التجريبية، وكذلك نتائج الدراسة التتبعية التي استغرقت عشرة أسابيع بعد انتهاء فترة التدريب علي البرنامج.

٥ – دراسة Maag, 1988 .. قام الباحث بتطبيق الـ Sit علي أربعة أولاد يعانون من عدم القدرة علي التحكم، وكذلك الاكتئاب، تتراوح أعمارهم من ١١-١٣ عام، ولم يعتمد الباحث علي الاختبارات السيكومترية في تحديد درجات الأفراد علي متغيري عدم القدرة علي التحكم والاكتئاب علي غرار الدراسات السابقة، وإنما تم الاعتماد أساسا علي أسلوب الملاحظات لرصد السلوك العدواني، وكذلك الملاحظات التي تم تسجيلها عنهم من خلال السجلات المدرسية "الاخصائية النفسية"، وقد استغرق تطبيق البرنامج ١٥ جلسة بواقع نصف ساعة يوميا وقد أشارت النتائج إلي تناقص في حدة العدوانية اللفظية والبدنية، مع تزايد في سلوكيات المواجهة الإيجابية لثلاثة أطفال، وقد تعممت النتائج من أماكن إقامة هؤلاء الأطفال إلي المدرسة لدي ثلاثة أطفال منهم، مما يشير إلي قدرة الـ Sit علي تعميم النتائج الإيجابية في ظروف الحياة الخارجية للأطفال المضطربين.

٦ – دراسة Levinsohn 1990 قام الباحث بتطبيق برنامج الـ Sit علي مجموعة عددها ٥٩ من الذكور والإناث بمتوسط عمر ١٦,٢٣ عام ممن يعانون من الاكتئاب، وقد استخدام الباحث نظام المجموعتين "التجريبية – الضابطة" وقد تم إختيارهم سيكومتريا من خلال تحديد

الربيع الأعلي علي نتائج الاختبارات التاليــــة BDI (قائمــة بيــك للاكتئاب) واختيار CBCI (قائمة اختيار سلوك الطفــــل) واختيــار سلوك الطفل) وإختيار SAP (قائمة اســتقصاء القلــق والتوتــر) وإختبار SPA (قائمة استقصاء الـــترجيح الذاتــي' وإختبــار DAS (مقياس موقف الاختلال الوظيفـــي) واختبــار CES>D (مقيــاس الاكتئاب) واختبار PBI (قائمة المعتقدات الشخصية) وقد تم تطبيــق البرنامج في أربعة عشرة جلسة بواقع ساعتين لمدة سبعة أيام، وقــد أشارت نتائج التطبيق البعدي وجود فروق دالة إحصائيـــا لصـــالح العينة التجريبية حيث أظهرت النتــائج انخفــاض درجــات القلــق والتوتر، فضلا عن انخفاض درجة الاكتئاب، مع قدرة إيجابية علــى التفاعل السلوكي الجيد مع الآخرين.

٧ – دراسة Schlichter &Horan 1981 أستخدام الباحثـــان برنـــامج الSit للاقلال من حدة المشاعر العدوانية لـــدي ٣٨ مـــن الذكـــور الجانحين والتي تتراوح أعمارهم من ١٣-١٨ عام، وتـــم تطبيــق البرنامج في أحد دور الرعاية الاجتماعية، وقد اعتمد الباحثان علــي أسلوب التصميم ذو المجموعة الواحدة بحيث يتــم تطبيــق الادوات عليهم قبل وبعد التعرض لفعاليات البرنامج، وقد تم تطبيق بعـــض الاختبارات السيكومترية مثل (RPPT (اختبار الأثارة عن طريــق لعب الأدوار) واختبار IPT (إختيـــار المعتقــدات اللاعقلانيــة) واختيار Ai (قائمة الغضب) واختبار IBR (معدلات السلوك داخــل المؤسسات) واختيار + IBT (اختبار المثيرات المتخيلة) واختبــار

EDA(تقييم الطلب التجريبي) وتم تطبيق البرنامج علي مدار عشرة جلسات بواقع ساعة أسبوعيا لمدة خمسة أسابيع .. وقد أشارت النتائج إلي حدوث نوع من التحسن في الدرجات البعدية علي متغيرات الأفكار اللاعقلانية، والغضب، وغلبة الإدراكات الإيجابية علي المثيرات المتخيلة.